Aus der Universitäts-Nervenklinik Homburg/Saar
Direktor: Professor Dr. med. H.-H. Meyer

# Die Bedeutung der Gutachtertätigkeit an der Universitäts-Nervenklinik Homburg/Saar

**INAUGURALDISSERTATION**

zur Erlangung der Doktorwürde der
HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

vorgelegt von
URSULA THEWALT

Dekan: Professor Dr. G. Dhom
Referent: Professor Dr. G. Wolf

1969

Aus der Universitäts-Nervenklinik Homburg/Saar
Direktor: Professor Dr. med. H.-H. Meyer

# Die Bedeutung der Gutachtertätigkeit an der Universitäts-Nervenklinik Homburg/Saar

**INAUGURALDISSERTATION**

zur Erlangung der Doktorwürde der
HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

vorgelegt von
URSULA THEWALT

Dekan: Professor Dr. G. Dhom
Referent: Professor Dr. G. Wolf

1969

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Die mündliche Promotionsprüfung wurde am 10. Dezember 1969 abgelegt.

INHALT:


| | Seite |
|---|---|
| A. EINLEITUNG | 4 |
| 1. Aufgabe des Gutachtens | 4 |
| 2. Sozialmedizinische Begriffe und ihre Definition | 6 |
| 3. Auftraggeber | 8 |
| B. ÜBERBLICK ÜBER DIE WÄHREND EINES JAHRES AN DER UNIVERSITÄTS-NERVENKLINIK HOMBURG/SAAR ANGEFERTIGTEN GUTACHTEN | 16 |
| 1. Aufteilung der Gutachten nach Auftraggebern | 16 |
| 2. Aufteilung der Gutachten nach dem Alter der Begutachteten bei Antragstellung bzw. zum Zeitpunkt des Unfalles oder der Verletzung | 18 |
| 3. Aufteilung nach den Berufen der begutachteten Personen | 19 |
| 4. Aufteilung nach vorhandenen Vorgutachten | 21 |
| 5. Betrachtung getrennt nach Auftraggebern: | 22 |
| I. Rentenversicherungen | 22 |
| - Landesversicherungsanstalt und Bundesversicherungsanstalt für Angestellte | 22 |
| - Saarknappschaft | 32 |
| - Bundesbahnversicherungsanstalt | 4o |
| II. Unfallversicherungen | 42 |
| - Berufsgenossenschaften und Eigenunfallversicherungsträger der öffentlichen Hand | 42 |
| - Private Unfall- und Haftpflichtversicherungen | 53 |

Seite

III. Versorgungsämter 6o

IV. Sozialgericht 69

V. Landgericht 82

VI. Sonstiges 86

C. BESONDERE SCHWIERIGKEITEN BEI DER BEGUTACHTUNG 87

1. Krankheitsbilder, bei denen die Bedeutung äußerer Faktoren unklar ist 87

a. Lumbaler Bandscheibenvorfall 87

b. Multiple Sklerose 88

2. Bemerkenswerte Einzelfälle 98

D. PSYCHOGENE REAKTIONEN 1o4

E. ZUSAMMENFASSENDER ÜBERBLICK ÜBER DIE NERVENLEIDEN BZW. VERLETZUNGEN AUF NEUROLOGISCH-PSYCHIATRISCHEM GEBIET, DIE ZU EINER ERWERBSMINDERUNG FÜHRTEN: 111

F. DISKUSSION 12o

1. Diagnosen 12o

2. Berechtigung der Ansprüche 122

3. Überprüfung vorhergehender Urteile 124

4. Aufwendung für die Gutachten 124

5. Wirtschaftliche Bedeutung 125

G. ZUSAMMENFASSUNG 127

H. LITERATURVERZEICHNIS 129

## A. EINLEITUNG

### 1. Aufgabe des Gutachtens.*

Wenn Sozialleistungen wegen einer Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes beantragt werden, ist die gutachtliche Aussage eines medizinischen Sachverständigen für die Verwaltungsentscheidung und im sozialgerichtlichen Verfahren das wichtigste Beweismittel. "Die ärztlichen Gutachten haben den Zweck, daß mit Hilfe der ärztlichen Wissenschaft festgestellt wird, woran der Rentenbewerber leidet und inwiefern er durch diese Leiden an dem freien Gebrauch seiner körperlichen und geistigen Kraft behindert wird. Die alsdann noch offene Frage, ob die festgestellten Leiden und deren Wirkungen auf den Kräftegebrauch die Fähigkeit zu einem hinreichenden Arbeitsverdienst zulassen, liegt nicht auf ärztlichem Gebiet; hierfür haben die rechtsprechenden Instanzen nach ihrer richterlichen Überzeugung zu entscheiden." (Rundschreiben des RVA vom 31.12.1901). Diese Aufgabenteilung ist jedoch praktisch undurchführbar und man hat in Abweichung davon die Aufgabe, die Beeinträchtigung der Fähigkeit zu einem hinreichenden Arbeitsverdienst

---

* Die einleitenden Ausführungen stützen sich zum Teil auf den "Unfallmann" von H. LINIGER und G. MOLINEUS und die "Einführung in die Unfall- und Rentenbegutachtung" von M. REICHHARDT.

festzustellen, dem Arzt allein zugeschoben. Trotzdem ist das ärztliche Gutachten keine Entscheidung, auch wenn diese häufig kaum von ihm abweicht. Es bleibt immer nur Sachverständigenaussage. Der Gutachter erkennt nicht einen ursächlichen Zusammenhang an, er lehnt ihn auch nicht ab, er setzt nicht eine Minderung der Erwerbsfähigkeit, eine Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit fest, sondern er hält einen ursächlichen Zusammenhang für wahrscheinlich oder unwahrscheinlich, nimmt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit, eine Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit an. Die Fragen, die dem medizinischen Sachverständigen vorgelegt werden, müssen nach der herrschenden medizinischen Lehrmeinung naturwissenschaftlich begründet beantwortet werden, wobei die im medizinischen Sprachgebrauch gebräuchlichen Begriffe mit den juristischen korrespondieren müssen. Das Verhältnis Gutachter - Begutachteter ist ein ganz anderes als das Arzt - Patient. Letzteres ist zur Erfüllung der heilenden und helfenden Aufgabe des Arztes stark subjektiv orientiert, ersteres soll durch streng objektives nüchternes Beobachten und Beurteilen gekennzeichnet sein. Affekte müssen zurückgestellt und Tatbestand und Befund einer kritischen Würdigung unterzogen werden.

## 2. Sozialmedizinische Begriffe und ihre Definition.

Der Gutachter muß mit bestimmten sozialmedizinischen Begriffen immer wieder umgehen. Sie kennzeichnen die durch Krankheiten und Verletzungsfolgen bedingte Beeinträchtigung der Fähigkeit, eine erwerbsbringende Tätigkeit auszuüben.

Der Begriff "Arbeitsunfähigkeit" wird in der Krankenversicherung sowie (mit ganz anderem Inhalt) in der Arbeitslosenversicherung und Arbeitslosenhilfe verwendet. Man versteht darunter jegliche Aufhebung der Fähigkeit zur Arbeit, vor allem aber die nur kurzzeitige Unterbrechung dieser Fähigkeit.

Als "Invalidität" wurde in der früheren Invalidenversicherung (jetzt Arbeiter-Rentenversicherung) vor dem Inkrafttreten des Arbeiter-Rentenversicherungs-Neuregelungsgesetzes am 1.1.57 ein nicht nur ganz vorübergehender Zustand bezeichnet, in dem der Betroffene nicht mehr imstande war, 2/3 dessen zu verdienen, was ein Gesunder unter gleichen Arbeitsbedingungen verdient. Der Begriff ist nur in Übergangsfällen noch anzuwenden.
Heute wird an Stelle dessen die Bezeichnung "Berufsunfähigkeit" verwendet. Daher gilt als "berufsunfähig", wer nicht imstande ist, mehr als die Hälfte des Verdienstes eines gesunden Arbeitnehmers zu erzielen.

Von "Erwerbsunfähigkeit" spricht man in der gesetzlichen Unfallversicherung und dem Versorgungsrecht, seit dem 1. 1. 1957 auch in den drei Zweigen der Rentenversicherung. Als erwerbsunfähig ist anzusehen, wer höchstens noch 1o % des Verdienstes eines gesunden Arbeitnehmers erreichen kann.

Die Knappschaftliche Rentenversicherung kennt außerdem noch den Begriff der "verminderten bergmännischen Berufsfähigkeit". Hierunter wird verstanden, daß ein Bergmann zwar noch mindestens die Hälfte des Verdienstes eines gesunden Arbeitnehmers erzielen kann, daß er aber doch durch Krankheit insoweit behindert ist, daß er leichtere Arbeiten verrichten muß und in eine niedrigere Lohnstufe eingeteilt wird.

Im Versorgungsrecht, der gesetzlichen und privaten Unfallversicherung und im Haftpflichtrecht spielt weiterhin die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) eine Rolle. Als Maßstab für die Beeinträchtigung der Fähigkeit zu einem hinreichenden Arbeitsverdienst hat man sich die Spanne zwischen uneingeschränkter und völlig aufgehobener Fähigkeit nach dem Dezimalsystem aufgeteilt vorgestellt und drückt die sogenannte MdE. in Prozentzahlen aus. Die Staffelung geschieht jeweils von 10 zu 10 %, in besonderen

Fällen kann auch von 5 zu 5 % gestaffelt werden.

3. Auftraggeber.

Die Gutachten zur Feststellung von Sozialleistungen können von folgenden Behörden, Versicherungsträgern und Gerichten in Auftrag gegeben werden:

a) Die Landesversicherungsanstalten und die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, die Bundesbahnversicherungsanstalt und die Knappschaft, die Rentenversicherung der Bergleute, benötigen Gutachten zur Überprüfung der Ansprüche im Rahmen der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten, der bei der Bundesbahn Beschäftigten und der Bergleute. In den Gutachten für diese Behörden soll zur Berufsfähigkeit, bzw. Erwerbsfähigkeit der zu Untersuchenden Stellung genommen werden. Die Arbeiter, Angestellten und Bergleute sind pflichtversichert, der monatliche Beitrag richtet sich nach dem Lohn oder Gehalt. Er wird zur Hälfte vom Versicherten und zur Hälfte vom Arbeitgeber gezahlt. Nach Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze oder, wenn wegen Krankheit Erwerbsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit besteht, wird die Rente gezahlt, die sich in ihrer Höhe nach dem geleisteten Beitrag richtet.

b) Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung müssen an Hand von Gutachten Stellung nehmen zu Unfallfolgen und zu Berufskrankheiten.
Die gesetzliche Unfallversicherung wird eingeteilt in:

1. Allgemeine Unfallversicherung (früher gewerbliche UV), dazu gehören außer den rein gewerblichen Unternehmen alle Versicherten, soweit sie nicht der landwirtschaftlichen oder der See-UV unterliegen.
2. Landwirtschaftliche UV: Unternehmen der Bodenbewirtschaftung.
3. See-UV: Alle Unternehmen der Seefahrt und der Seefischerei.

Die Versicherungsträger werden in der Landwirtschaftlichen UV durch die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, in der See-UV durch die See-Berufsgenossenschaft und in der allgemeinen UV teils durch die gewerblichen Berufsgenossenschaften, teils durch die Eigenunfallversicherungsträger, nämlich die Gemeindeunfallversicherungsverbände sowie den Bund, die Länder und die Gemeinden, die Bundesbahn und die Bundespost, bzw. deren Ausführungsbehörden für Unfallversicherung repräsentiert.

Die Berufsgenossenschaften sind durch Satzung gebildete Pflichtvereinigungen der Unternehmer gleichartiger oder verwandter Gewerbezweige und Tätigkeiten sowie Körperschaften öffentlichen Rechts aber keine Behörden, jedoch nur als solche rechtsfähig nicht aber ihre Sektionen oder Bezirksverwaltungen.

Aufgaben der gesetzlichen Unfallversicherung sind:

1. Verhütung von Unfällen am Arbeitsplatz und auf dem Weg von und zur Arbeit und von Berufskrankheiten.

2. Schutz der Versicherten gegen Folgen solcher Unfälle und Berufskrankheiten durch Unfallheilverfahren, Berufsfürsorge und Unfallentschädigung durch Geldleistungen.

Bei der Erfüllung des zweiten Punktes muß die Unfallversicherung den Arzt auch als Gutachter in Anspruch nehmen. Bei völliger durch einen Unfall bedingter Erwerbsunfähigkeit erhält der Geschädigte die Vollrente = 2/3 des Jahresarbeitsverdienstes, bei teilweiser Erwerbsunfähigkeit denjenigen Teil der Vollrente, der dem Maß an Einbuße der Erwerbsfähigkeit entspricht. Voraussetzung ist, daß ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfallvorgang

und dem geltend gemachten Leiden insoweit mit Sicherheit nachgewiesen ist, daß der Unfall zumindest eine wesentliche Teilursache des Gesundheitsschadens darstellt. Dann erstrecken sich die Leistungen auf den Gesamtschaden, nicht nur den unfallbedingten Teilschaden.

Dem Unfallversicherungsschutz unterliegen kraft Gesetzes alle auf Grund eines Arbeits-, Dienst- oder Lehrverhältnisses beschäftigten Personen. Pflichtversichert sind außerdem die im Gesundheits- und Veterinärwesen sowie in der Wohlfahrtspflege tätigen Personen, sofern es sich um ehrenamtlich tätige Personen handelt. In der landwirtschaftlichen UV sind auch alle Unternehmer pflichtversichert. Die Versicherung durch Satzung, also entsprechend dem Statut, der Verfassung, der übrigen Versicherungen kann auch auf Unternehmer und die im Unternehmen tätigen Ehegatten ausgedehnt werden.

Die freiwillige Versicherung ist für alle Unternehmer und die im Unternehmen tätigen Ehegatten möglich, soweit sie nicht schon durch Satzung oder Gesetz versicherungspflichtig sind. Sie spielt also wie die Versicherungspflicht durch Satzung nur in der allgemeinen und der See-UV eine Rolle.

Versicherungsfrei sind alle Personen, die auf Grund von Fürsorge und Versorgungsvorschriften gegen Unfälle geschützt sind. Sie können grundsätzlich weder durch Satzung des Versicherungsträgers in die Versicherung einbezogen werden, noch sich selbst freiwillig versichern.

c) Private Unfall- und Haftpflichtversicherungen können ihre Leistungspflicht ebenfalls durch ärztliche Gutachten überprüfen lassen.

Die gesetzliche Unfallversicherung ist eine auf staatliche Initiative zurückgehende Einrichtung zum Schutz besonders bedürftiger und gefährdeter Berufsgruppen. Die private Unfallversicherung ermöglicht jedem Einzelmenschen durch privaten Vertrag mit einem Versicherungsunternehmen gegen entsprechende Prämienzahlung Schutz gegen Auswirkung aller Unfälle des täglichen Lebens zu erlangen.

Wer einen Körperschaden eines anderen herbeiführt, kann für die daraus resultierenden Beeinträchtigungen haftpflichtig werden. Durch Abschluß einer privaten Haftpflichtversicherung kann sich jeder einzelne vor den daraus erwachsenden finanziellen Verpflichtungen schützen. Für bestimmte Bereiche, etwa den Kraftfahrzeug-Verkehr, ist eine Haftpflichtversicherung gesetzlich vorgeschrieben.

Die Unfallversicherer sind in der Bundesrepublik fast vollständig im Verband der Haftpflicht-, Unfall- und Kraftverkehrsversicherer e.V. Hamburg zusammengeschlossen.

Als Versicherungsleistungen kommen in Frage:

1. Todesfallentschädigung (Kapital);
2. Invaliditätsentschädigung (Kapital oder bei Personen, die mehr als 65 Jahre alt sind, Rente);
3. Tagegeld, höchstens für ein Jahr vom Unfalltag an gerechnet;
4. Heilkosten für die innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall erwachsenen notwendigen Kosten des Heilverfahrens bis zu einer bestimmten Höhe.

d. Versorgungsämter sind zuständig für die Entschädigung der Folgen von Verletzungen oder Krankheiten, die durch den Wehrdienst, sei es im Krieg, in der Gefangenschaft oder auch in Friedenszeiten bedingt wurden. Es wird eine Rente entsprechend der MdE. gezahlt. Zur Anerkennung eines Versorgungsanspruches begnügt sich das Bundesversorgungsgesetz mit dem Nachweis der Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhanges, gewährt aber nur Leistungen für die Schädigungsfolgen nicht für den Gesamtzustand. Die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhanges ist

gegeben, wenn nach der geltenden medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr für als gegen einen ursächlichen Zusammenhang spricht. Wenn nur die Möglichkeit eines Zusammenhanges besteht, kann die Schädigungsfolge nicht bejaht werden. Alle diese Fragen können nur auf Grund ärztlicher Gutachten entschieden werden.

e. Sozialgericht: Wenn durch den Rentenbescheid die Gewährung einer Rente abgelehnt wird oder wenn die gewährte Rente nach Höhe und Beginn den Versicherten nicht zufriedenstellt, so kann er zunächst Widerspruch erheben und, wenn auch dieser abgelehnt wird, den Rentenbescheid mit einer Klage beim Sozialgericht anfechten. Die Urteilsfindung ist dabei wie in allen Gerichtsverfahren Angelegenheit des Richters, der also hier praktisch immer auf das Gutachten des ärztlichen Sachverständigen angewiesen ist. Im Verfahren vor dem Sozialgericht kann der klagende Versicherte beantragen, daß ein bestimmter Arzt gutachtlich gehört wird. Ist der Versicherte auch mit dem Urteil des Sozialgerichtes nicht einverstanden, so steht ihm die Berufung offen, sofern es sich um die Ablehnung der Rentengewährung überhaupt handelt, ferner auch, wenn der ursächliche Zusammenhang einer Gesundheitsstörung oder des

Todes mit einem Unfall streitig ist. Bei der Dauerrente ist die Berufung auch zulässig, wenn es sich um die Schwerbeschädigteneigenschaft handelt (MdE. mindestens 50 %) oder um die Erhöhung der Rente wegen eines neu hinzugetretenen Leidens. Sonst sind die Berufungsmöglichkeiten beschränkt. Über die Berufung entscheidet das Landessozialgericht; dessen Urteil kann unter Umständen mit der Revision beim Bundessozialgericht angefochten werden. Wer Revision einlegen will, braucht einen Prozeßbevollmächtigten. Jeder bei einem deutschen Gericht zugelassene Rechtsanwalt kann Prozeßbevollmächtigter sein, außerdem kann die Vertretung übernommen werden von Mitgliedern und Angestellten von Gewerkschaften, von selbständigen Arbeitnehmervereinigungen und von Vereinigungen der Kriegsopfer.

f. Landgericht: Meinungsverschiedenheiten mit privaten Unfallversicherungen müssen als Zivilprozesse vor dem Landgericht ausgetragen werden. Auch hier benötigt der Richter oft ärztliche Gutachten als Grundlage seiner Entscheidung.

B. ÜBERBLICK ÜBER DIE WÄHREND EINES JAHRES AN DER UNIVERSITÄTS-NERVENKLINIK HOMBURG / SAAR ANGEFERTIGTEN GUTACHTEN.

Die Bedeutung der Gutachten und der darin zu entscheidenden Fragen gab Anlaß zu überprüfen, welche Art von Gutachten an der hiesigen Universitäts-Nervenklinik erstellt werden. Es wurden die während des Jahres 1963 angefertigten Gutachten, insgesamt 406, ausgewertet. Nicht berücksichtigt wurden die Gutachten der forensisch-psychiatrischen Abteilung. Von den Begutachteten waren 351 = 86,4 % männlichen und 55 = 13,6 % weiblichen Geschlechts (Säule a in Abb. 1).

1. Aufteilung der Gutachten nach Auftraggebern:

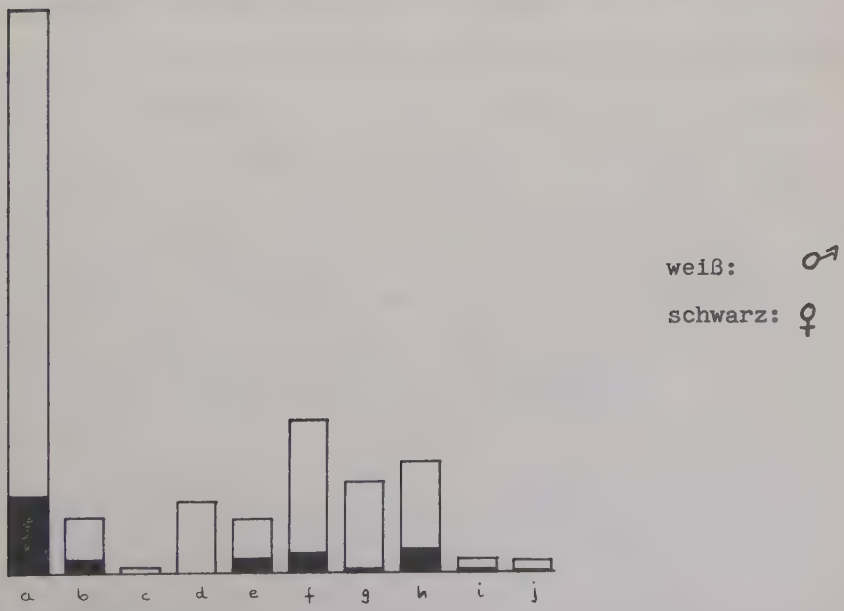



Abbildung 1:

| Auftraggeber | Anzahl der Gutachten | männl. | weibl. | Säule |
|---|---|---|---|---|
| LVA bzw. BfA. | 4o = 9,6 % | 31 = 77,5 % | 9 = 22,5 % | b |
| Bundesbahnversicherungsanstalt | 4 = o,96 % | 4 = 1oo % | | c |
| Saarknappschaft | 52 = 12,8 % | 52 = 1oo % | | d |
| Private Unfallversicherung u. Haftpflicht | 4o = 9,6 % | 3o = 75 % | 1o = 25 % | e |
| Soziale Unfallversicherung | 11o = 27,1 % | 95 = 86,4 % | 15 = 13,6 % | f |
| Versorgungsamt | 64 = 15,8 % | 61 = 95,3 % | 3 = 4,7 % | g |
| Sozialgericht | 79 = 19,5 % | 65 = 82,3 % | 14 = 17,7 % | h |
| Landgericht | 9 = 2,2 % | 6 = 66,7 % | 3 = 33,3 % | i |
| Sonstige Auftraggeber | 8 = 2 % | 7 = 87,5 % | 1 = 12,5 % | j |

2. Aufteilung der Gutachten nach dem Alter der Begutachteten bei Antragstellung bzw. zum Zeitpunkt des Unfalles oder der Verletzung.

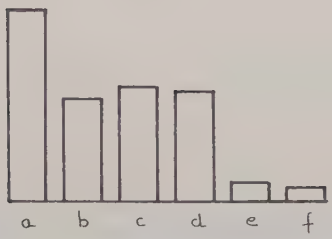



Abbildung 2:

Eine große Anzahl der Begutachteten hatte also bei Antragstellung bzw. zum Zeitpunkt der Verletzung das Alter von 30 Jahren noch nicht erreicht (34,5 % - Säule a). Die 31 - 40jährigen (18,7 % - Säule b), die 41 - 50jährigen (2o,9 % - Säule c) und die 51 - 60jährigen (19,9 % - Säule d) waren annähernd in gleicher Stärke vertreten. Den geringsten Anteil stellten naturgemäß diejenigen, die das 6o. Lebensjahr überschritten hatten (3,4 % - Säule e). In 2,5 % (Säule f) der Fälle war das Alter der Begutachteten nicht angegeben.

3. Aufteilung nach den Berufen der begutachteten Personen.

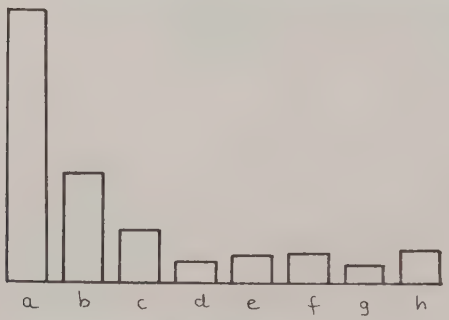



Abbildung 3:

Weitaus die meisten der Begutachteten waren Arbeiter und Handwerker (48,5 % - Säule a), es folgten die Angestellten (19,7 % - Säule b) und die Bergleute (9,1 % - Säule c). Annähernd gleich stark waren dann die Rentner (5,2 % - Säule j), die Selbständigen (4,9 % - Säule e) und die Beamten (3,7 % - Säule d) vertreten. Die übrigen Gutachten verteilten sich auf Kinder (1,5 %), Hausfrauen (o,7 %), Berufslose (o,5 %), Künstler (o,2 %) und Lehrlinge (o,2 %) - insgesamt 3,1 % (Säule g). In 5,9 % der Fälle war kein Beruf angegeben (Säule h).

Vergleich mit der Berufsverteilung innerhalb der Gesamtbevölkerung:

Die Zahlen über die Berufsverteilung während des Jahres 1963 sind noch nicht veröffentlicht, zum Vergleich können nur die Zahlen von 1961 herangezogen werden:

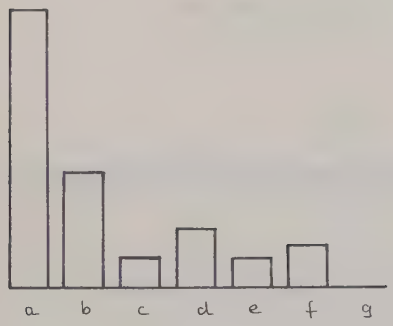



Abbildung 4:

In 49,8 % handelt es sich um Arbeiter (Säule a), in 2o,9 % um Angestellte (Säule b), in 1o,6 % um Selbständige (Säule d), in 7,8 % um mithelfende Familienangehörige (Säule f), in 5,5 % um Beamte (Säule c), in 5,3 % um Lehrlinge (Säule e), und in o,2 % waren keine Angaben über die soziale Stellung zu eruieren (Säule g).

Unter den Begutachteten fanden sich also etwas mehr Arbeiter und Handwerker (einschließlich der Bergleute) vertreten als der Gesamtbevölkerung entspricht, was sich

durch die größere Gefährdung dieser Berufsgruppen erklären läßt. Bei den Angestellten entsprechen sich die Prozentzahlen in etwa. Selbständige, Beamte und Lehrlinge sind unter den Begutachteten in geringerer Prozentzahl vertreten als der Gesamtbevölkerung entspricht. Nicht berücksichtigt werden konnten bei diesem Vergleich die mithelfenden Familienangehörigen, da nicht angegeben war, ob sie Angestellte oder Arbeiter sind.

4. Aufteilung der Gutachten nach vorhandenen Vorgutachten:

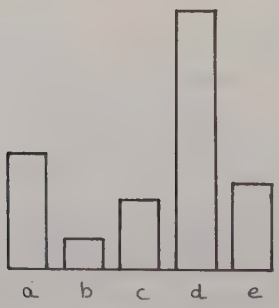



Abbildung 5:

In 2o,4 % der Fälle waren Vorgutachten aus der hiesigen Klinik vorhanden (Säule a), in 5,4 % waren früher Gutachten einer anderen Nervenklinik (Säule b) und in 12,6 % einer anderen Fachklinik angefertigt worden (Säule c). In 46,3 % der Fälle waren frühere ärztliche außerklinische Gutachten vorhanden (Säule d). In 15,3 % handelte es sich um Erstgutachten (Säule e).

5. Betrachtung getrennt nach Auftraggebern:

I. R e n t e n v e r s i c h e r u n g e n:

Landesversicherunganstalt und Bundesversicherungsanstalt für Angestellte.

a. Alter der Begutachteten bei Antragstellung:

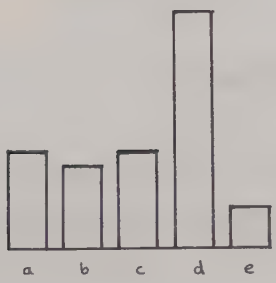



Abbildung 6:

Den größten Anteil stellten die 51 - 60jährigen (42,5 % - Säule d), es folgten gleichauf die 41-50-jährigen (Säule c) und diejenigen, die das 3o. Lebensjahr noch nicht erreicht hatten (Säule a - jeweils 17,5 %), dann die 31-40jährigen (15 % - Säule b). Den kleinsten Anteil stellten die Begutachteten, die bei Antragstellung bereits das 6o. Lebensjahr überschritten hatten (7,5 % - Säule e).

b. Zum Vergleich das Alter der Begutachteten, bei denen eine MdE. angenommen wurde:

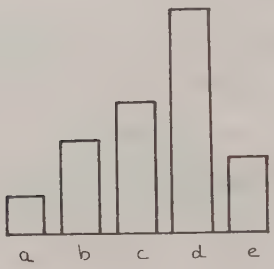



Abbildung 7:

Wiederum an erster Stelle die 51-60jährigen (4o % - Säule d), es folgten die 41-50jährigen (23,3 % - Säule c), die 31-40jährigen (16,7 % - Säule b), die über 60jährigen (13,3 % - Säule e) und hier an letzter Stelle diejenigen, die das 30. Lebensjahr noch nicht erreicht hatten (6,7 % - Säule a). Dabei ist zu berücksichtigen, daß zwischen der Antragstellung und der jetzigen Begutachtung manchmal ein größerer Zeitraum lag, so daß einige der Begutachteten dadurch in eine andere Altersgruppe kamen.

c. Berufe:

Abbildung 8:

Den größten Anteil stellten die Arbeiter (57,5 % - Säule a), es folgten die Angestellten (30 % - Säule b), dann die Selbständigen (7,5 % - Säule c). In 5 % der Fälle war kein Beruf angegeben (Säule d).

d. Vorhandene Vorgutachten:

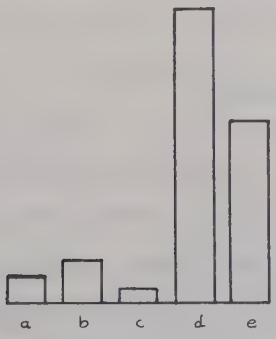



Abbildung 9:

In 5 % der Fälle waren Vorgutachten der hiesigen Klinik vorhanden (Säule a), in 7,5 % solche einer anderen

Nervenklinik (Säule b), in 2,5 % waren früher Gutachten einer anderen Fachklinik angefertigt worden (Säule c), in 52,5 % der Fälle waren frühere ärztliche außerklinische Gutachten vorhanden (Säule d). In 32,5 % handelte es sich um Erstgutachten (Säule e).

e. Fragestellung:

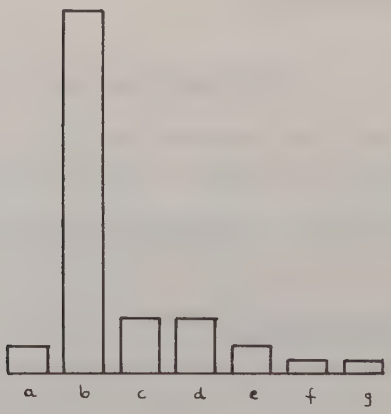



Abbildung 1o:

In 65 % der Fälle war Antrag auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit gestellt worden (Säule b), in 5 % sollte nur zur Berufsfähigkeit Stellung genommen werden (Säule a). In jeweils 1o % ging es um Weiterbewilligung der Rente wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit (Säulen c und d). In 5 % sollte zur Möglich-

keit der Rehabilitation Stellung genommen werden (Säule e). In einem Fall ( = 2,5 %) sollte über die Folgen einer Embolie (Säule f), in einem anderen ( = 2,5 %) über die Folgen eines Unfalles berichtet werden (Säule g). Im letzten Fall war wegen Tbc schon die Erwerbsunfähigkeitsrente gewährt worden.

f. Leiden, bei denen eine Minderung der Erwerbsfähigkeit angenommen wurde:

In 75 % = 30 Fällen wurde eine MdE. angenommen. In 5o % wurde Erwerbsunfähigkeit, in 33,3 % Berufsunfähigkeit und in 16,7 % verminderte Berufsfähigkeit angenommen. Obwohl nur die Knappschaftliche Rentenversicherung eine Rente wegen verminderter Berufsfähigkeit zahlt, soll diese verminderte Berufsfähigkeit auch hier berücksichtigt werden, da ihre Feststellung ja auch Konsequenzen nach sich zieht, es müssen z.B. dem Betroffenen leichtere Arbeiten aufgetragen werden.

Aufteilung nach den Fachgebieten, auf denen die Hauptleiden bestehen:

Abbildung 11:

In 86,7 % war die MdE. durch Leiden auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet bedingt (Säule a); in 5o % davon wurde Erwerbsunfähigkeit (weißer Säulenanteil), in 34,6 % Berufsunfähigkeit (schwarzer Säulenanteil) und in 15,4 % verminderte Berufsfähigkeit (schraffiert) angenommen. In 1o % (3 Fälle) lagen die Hauptleiden auf internistischem Gebiet (Säule b). Hier wurde einmal Erwerbsunfähigkeit, einmal Berufsunfähigkeit und einmal verminderte Berufsfähigkeit angenommen. In einem Fall (3,3 %) handelte es sich um ein dermatologisches Leiden, das Erwerbsunfähigkeit bedingte (Säule c).

Aufteilung nach den verschiedenen Leiden auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet:

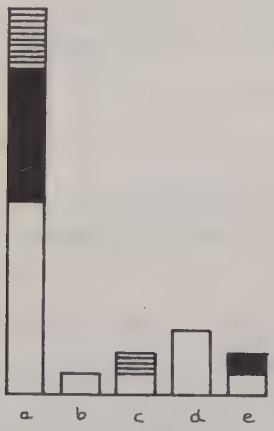



Abbildung 12:

An erster Stelle standen Erkrankungen des Gehirns mit 69,2 % (Säule a), es folgten die Psychosen mit 11,5 % (Säule d). Je zweimal (7,7 %) führten die Multiple Sklerose (MS) (Säule e) und Erkrankungen des peripheren Nervensystems (Säule c) und einmal (3,8 %) eine Rückenmarkserkrankung (Säule b) zu Erwerbsminderung.

A. Erkrankungen des Gehirns:

Sie bedingen in 5o % Erwerbsunfähigkeit, in 33,3 % Berufsunfähigkeit und in 16,7 % verminderte Berufsfähigkeit. - Es handelte sich um folgende Erkrankungen:

1. Cerebraler Gefäßprozess in 44,4 % der Fälle;
2. Zustand nach Hirnverletzung in 27,8 % der Fälle;
3. Anfallsleiden in 11,1 % der Fälle;
4. Zustand nach Subarachnoidalblutung in 5,6 % (ein Fall);
5. hirnorganische Veränderung, deren Ursache eine Hirnverletzung, aber auch Hirndurchblutungsstörungen sein können, in 5,6 % (ein Fall);
6. organische Hirnschädigung unbekannter Genese in 5,6 % (ein Fall).

B. Psychosen:

Sie bedingen hier alle Erwerbsunfähigkeit. Es handelte sich jeweils um schizophrene Psychosen.

C. Multiple Sklerose:

(2 Fälle). Hier wurde einmal Erwerbsunfähigkeit und einmal Berufsunfähigkeit angenommen.

D. Erkrankungen des peripheren Nervensystems:

Es handelte sich einmal um eine Wurzelschädigung im Caudabereich durch Spondylosis deformans, die Berufsunfähigkeit bedingt und einmal um eine Ulnarisparese nach Oberarmdurchschuß, die verminderte Berufsfähigkeit verursachte.

E. Bei der Erkrankung des Rückenmarkes handelte es sich um den Zustand nach einer Querschnittsmyelitis im Bereich des oberen Brustmarks. Sie bedingt Berufsunfähigkeit.

g. Verhältnis zu Vorgutachten:

Berücksichtigt wurden nur 15 Gutachten ( = 1oo %), die übrigen waren teils Erstgutachten, teils konnte die Beurteilung noch nicht stattfinden, teils hatte der Vorgutachter die neurologisch-psychiatrische Begutachtung vorgeschlagen, da er selbst zu Fragen dieses Fachgebietes nicht Stellung nehmen konnte. Im größten Teil der Fälle, nämlich in 73,3 % stimmte die Beurteilung mit der des Vorgutachters überein. In 26,7 % wurde ein niedrigerer Rentensatz angenommen als im Vorgutachten.

h. Einholung von Zusatzgutachten anderer Fachrichtungen:

In 8 Fällen = 2o % wurden Zusatzgutachten anderer Fachrichtungen eingeholt und zwar je 3 von der HNO- und der Augenklinik, je eines von der Urologischen und der Hautklinik. Die Gutachten der Augenklinik wurden

eingeholt zur Abklärung von Kopfschmerzen oder Sehstörungen, die der HNO-Klinik zur Abklärung von Schwindel oder Schwerhörigkeit, das der Hautklinik zur Abklärung einer Haut und Muskeln betreffenden Erkrankung und das der Urologischen Klinik zur Feststellung von urologischen Folgen einer Querschnittsmyelitis.

i. Vorschlag von Zusatzgutachten anderer Fachrichtungen durch den neurologisch - psychiatrischen Gutachter:

In 11 Fällen = 27,5 % wurden Zusatzgutachten anderer Fachrichtungen vorgeschlagen, 5mal solche der Medizinischen, 2mal der Orthopädischen und je 1mal der HNO-, der Chirurgischen, der Urologischen und der Haut-Klinik. Internistische Begutachtung sollte veranlaßt werden wegen Herz- und Kreislaufbeschwerden, Hypertonie, Gewichtsabnahme, Abgeschlagenheit. Der Orthopäde sollte Stellung nehmen zu Kreuzschmerzen bzw. der Bewegungseinschränkung eines Beines. Die HNO-Klinik sollte Schwindelerscheinungen abklären, die Hautklinik eine Verhärtung der Beinmuskulatur, die Urologische Klinik Ausfluß und Miktionsbeschwerden, die Chirurgische Klinik sollte Varicen und Ulcera crurum beurteilen.

Saarknappschaft:

a. Alter der Begutachteten bei Antragstellung:

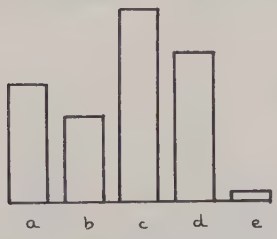



Abbildung 13:

Den größten Anteil stellten die 41-50jährigen (34,6 % - Säule c), es folgten die 51-60jährigen (26,9 % - Säule d), diejenigen unter 30 Jahren (21,2 % - Säule a), die 31-40jährigen (15,4 % - Säule b) und zuletzt die über 60jährigen (1,9 % - Säule e).

b. Alter derjenigen, bei denen eine MdE. angenommen wurde:

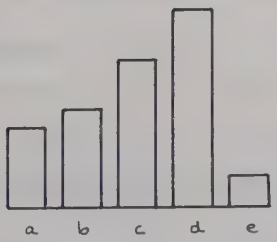



Abbildung 14:

Am häufigsten waren hier die 51-60jährigen vertreten (35,3 % - Säule d), es folgten die 41-50jährigen

(26,5 % - Säule c), die 31-40jährigen (17,6 % - Säule b), die Begutachteten unter 30 Jahren (14,7 % - Säule a) und zuletzt diejenigen, die das 60. Lebensjahr überschritten hatten (5,9 % - Säule e).

c. Berufe der Antragsteller:

Abbildung 15:

Die meisten waren Bergleute (71,5 % - Säule a), in 21 % der Fälle fanden sich außerdem sonstige Arbeiter (Säule b), Angestellte in 5,8 % (Säule c) und Beamte in 1,9 % (Säule d). Daß sich unter den Antragstellern auch Angehörige anderer Berufe als des bergmännischen befanden, liegt daran, daß alle, die 5 Jahre lang als Bergleute tätig waren, Anspruch auf die Knappschaftsrente haben.

d. Vorhandene Vorgutachten:

Abbildung 16:

In 13,5 % waren Vorgutachten der hiesigen Nervenklinik vorhanden (Säule a), in 3,8 % solche einer anderen Nervenklinik (Säule b), in 7,7 % einer anderen Fachklinik (Säule c). In 63,5 % waren frühere ärztliche außerklinische Gutachten angefertigt worden (Säule d), in 11,5 % handelte es sich um Erstgutachten (Säule e).

e. Fragestellung:

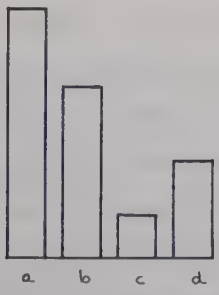



Abbildung 17:

In 44,2 % der Fälle wurde Antrag auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit gestellt (Säule a), in 3o,8 % wegen Berufsunfähigkeit (Säule b), in 7,8 % wegen verminderter bergmännischer Berufsfähigkeit (Säule c), in 17,3 % handelte es sich um die Weiterbewilligung einer dieser Renten (Säule d).

f. Leiden, bei denen eine MdE. angenommen wurde:

Eine MdE. wurde in 65,4 % = 34 Fällen angenommen, und zwar in 35,3 % als Erwerbsunfähigkeit, in 14,7 % als Berufsunfähigkeit und in 50 % als verminderte Berufsfähigkeit.

Aufteilung nach den Fachgebieten, auf denen die Hauptleiden bestehen:

Abbildung 18:

In 88,2 % war die MdE. durch Leiden auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet bedingt (Säule a), in 40 % davon wurde Erwerbsunfähigkeit, in 13,3 % Berufsunfähigkeit und in 46,7 % verminderte Berufsfähigkeit angenommen. In 3 Fällen (8,8 %) lagen die Hauptleiden auf chirurgischem bzw. orthopädischem Gebiet (Säule b), einmal wurde Berufsunfähigkeit, zweimal verminderte Berufsfähigkeit angenommen. In einem Fall handelte es sich um ein HNO-ärztliches Leiden (= 2,9 %), das verminderte Berufsfähigkeit bedingte (Säule c).

Aufteilung nach den verschiedenen Leiden auf neurologisch - psychiatrischem Gebiet:

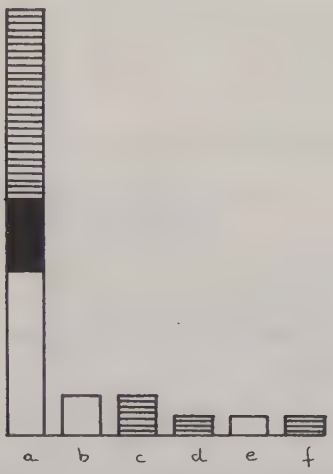



Abbildung 19:

In erster Linie führten Erkrankungen des Gehirns zu Erwerbsminderung (76,7 % - Säule a), die übrigen erwerbsmindernden Erkrankungen waren folgende:
Erkrankungen des Rückenmarks und des peripheren Nervensystems in je 2 Fällen (Säulen b + c), je einmal die Multiple Sklerose, die Schizophrenie und der Schwachsinn ( Säulen d, e, f).

A. Erkrankungen des Gehirns:

Sie verursachen in 39,1 % Erwerbsunfähigkeit, in 17,4 % Berufsunfähigkeit und in 43,5 % verminderte Berufsfähigkeit.

Es handelte sich um folgende Krankheiten:

1. Zustand nach Contusio cerebri in 34,8 %;
2. Cerebraler Gefäßprozess in 26,1 %;
3. Anfallsleiden in 21,8 %;
4. Hirnorganische Veränderung, deren Ursache eine Hirnverletzung, aber auch eine cerebrale Gefäßsklerose sein kann, in 8,7 %;
5. Rindenatrophischer Prozeß in 4,3 % (ein Fall);
6. Hirnorganische Wesensänderung unbekannter Genese in 4,3 % (ein Fall);

B. Erkrankungen des Rückenmarks, die alle Erwerbsunfähigkeit bedingen. Es handelte sich um einen Fall von amyotropher Lateralsklerose und um einen Zustand nach Laminektomie infolge eines Bandscheibenprolapses mit bleibenden Schäden.

C. Die Erkrankungen des peripheren Nervensystems, bei denen es sich hier in beiden Fällen um Schädigung eines peripheren Nerven handelte, verursachten verminderte Berufsfähigkeit.

D. Multiple Sklerose (MS), die hier verminderte Berufsfähigkeit bedingte.

E. Schizophrenie, mit Erwerbsunfähigkeit;

F. Schwachsinn mit verminderter Berufsfähigkeit.

g. Verhältnis zu Vorgutachten:

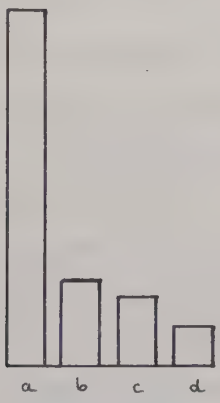



Abbildung 2o:

Von 39 Begutachteten wurden 64,1 % ( Säule a) im gleichen Sinne wie vom Vorgutachter beurteilt. In 15,4 % (Säule b) wurde ein höherer Rentensatz, in 12,8 % ein niedrigerer Rentensatz (Säule c) angenommen als im Vorgutachten. In 7,7 % war es seit dem Vorgutachten zu einer objektiven Änderung des Befundes gekommen (Säule d).

h. Einholung von Zusatzgutachten anderer Fachrichtungen:

4mal (in 7,7 % der Fälle) wurden Zusatzgutachten der Hals-Nasen-Ohren-Klinik eingeholt. Sie dienten der Abklärung von Schwindelzuständen und Heiserkeit.

i. Vorschlag von Zusatzgutachten anderer Fachrichtungen:

In 6 Fällen = 11,5 % wurden Zusatzgutachten anderer Fachrichtungen vorgeschlagen, 4mal der Medizinischen und je einmal der Orthopädischen und der Urologischen Klinik.
Die Medizinische Klinik sollte einmal einen entzündlichen Prozeß abklären, einmal feststellen, ob ein Herzinfarkt stattgefunden hat, sollte wegen Kreislaufbeschwerden, Schwächezuständen, Atemnot und Herzbeschwerden befragt werden. Die Urologische Klinik sollte Blasenstörungen abklären, die Orthopädische Klinik sollte zu einem fraglichen Bandscheibenschaden Stellung nehmen.

Bundesbahnversicherungsanstalt.

a. Alter der Begutachteten bei Antragstellung:

Es handelte sich nur um 4 Fälle: 3 Begutachtete (75 %) waren im Alter von 51 bis 60 Jahren, einer (25 %) in der Altersgruppe der 41-50jährigen.

b. Bei allen wurde eine MdE. angenommen, die Altersverteilung zum Zeitpunkt der Beurteilung ist die gleiche wie unter a).

c. Berufe der Antragsteller:

Es handelte sich um einen Arbeiter, einen Angestellten und einen Beamten. Einmal war der Beruf nicht angegeben.

d. Vorhandene Vorgutachten:

3mal waren frühere ärztliche außerklinische Gutachten vorhanden, einmal handelte es sich um ein Erstgutachten.

e. Fragestellung:

2mal wurde Antrag auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, einmal wegen Berufsunfähigkeit gestellt; einmal ging es um die Weiterbewilligung einer Rente wegen Berufsunfähigkeit.

f. Leiden, bei denen eine MdE. angenommen wurde:

In allen Fällen wurde eine MdE. angenommen, in einem Fall Erwerbsunfähigkeit, in 2 Fällen Berufsunfähigkeit und in einem Fall verminderte Berufsfähigkeit.

Aufteilung nach den Fachgebieten, auf denen die Hauptleiden bestehen:

In 2 Fällen bestanden die Hauptleiden auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet, es wurde einmal Berufsunfähigkeit und einmal verminderte Berufsfähigkeit angenommen, in einem Fall handelte es sich um einen cerebralen Gefäßprozess, in dem anderen Fall um den Zustand nach Hirnverletzung.

g. Vergleich mit Vorgutachten:

2mal kam es zur gleichen Beurteilung wie in den Vorgutachten, einmal wurde ein höherer, einmal ein niedrigerer Rentensatz angenommen als im Vorgutachten.

h. Einholung von Zusatzgutachten anderer Fachrichtungen:

3mal wurden Zusatzgutachten anderer Fachrichtungen eingeholt, es handelte sich um ein HNO-ärztliches und zwei

augenärztliche Gutachten.

Die Augenklinik sollte die Ursache von Kopfschmerzen bzw. Doppelbildern klären, die HNO-Klinik wurde nach dem Grund von Drehschwindel und Hörminderung befragt.

## II. Unfallversicherungen.

Berufsgenossenschaften und Eigenunfallversicherungsträger der öffentlichen Hand:

a. Alter der Begutachteten beim Unfallereignis:

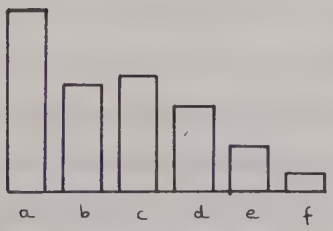



Abbildung 21:

An erster Stelle fanden sich diejenigen, die das 3o. Lebensjahr zum Zeitpunkt des Unfalls noch nicht erreicht hatten mit 32,7 % (Säule a), es folgten in fast gleicher Stärke die 41-5Ojährigen mit 2o,9 % (Säule c) und die 31-4Ojährigen mit 19,1 % (Säule b),

dann die 51-60jährigen mit 15,5 % (Säule d) und die über 60jährigen mit 8,2 % (Säule e). In 3,6 % der Fälle war kein Alter angegeben (Säule f).

b. Alter derjenigen, bei denen eine MdE. angenommen wurde:

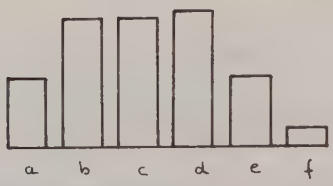



Abbildung 22:

Etwa gleich stark waren die 51-60jährigen mit 24,4 % (Säule d), die 41-50jährigen mit 23,1 % (Säule c) und die 31-40jährigen mit ebenfalls 23,1 % (Säule b) vertreten. Es folgten die über 60jährigen (Säule e) und diejenigen, die das 30. Lebensjahr noch nicht erreicht hatten (Säule a) mit jeweils 12,8 %. In 3,8 % der Fälle war das Alter nicht angegeben (Säule f).

Auch hier waren also die jüngeren Jahrgänge recht stark vertreten, obwohl sich im ganzen eine Verschiebung zu den höheren Altersgruppen abzeichnet. Dies liegt zum Teil daran, daß zwischen Unfallereignis und jetziger Beurteilung oft ein größerer Zeitraum lag, zum Teil daran, daß bei jüngeren Menschen die Genesung im allge-

meinen schnellere Fortschritte macht, so daß sie bei der jetzigen Beurteilung nicht mehr als vermindert erwerbsfähig angesehen wurden.

c. Berufe der Begutachteten:

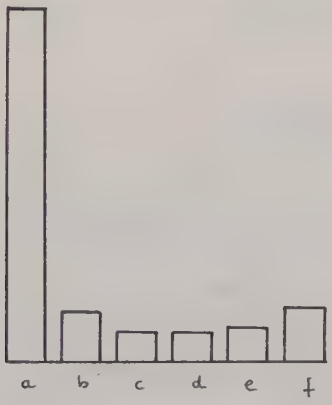



Abbildung 23:

An erster Stelle fanden sich Arbeiter und Handwerker mit 63,6 % (Säule a). Diese Berufsgruppen sind ja auch am stärksten unfallgefährdet. Es folgten Angestellte mit 9,1 % (Säule b), Rentner mit 6,6 % (Säule e), Selbständige mit 5,5 % (Säule d) und Beamte mit ebenfalls 5,5 % (Säule c). In 1o % der Fälle waren die Berufe nicht angegeben (Säule f).

d. Vorhandene Vorgutachten:

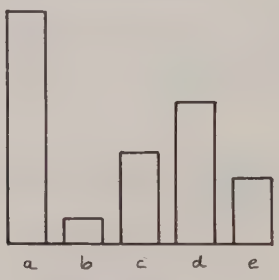



Abbildung 24:

In 41,8 % der Fälle waren Vorgutachten der hiesigen Klinik vorhanden (Säule a), in 4,5 % solche einer anderen Nervenklinik (Säule b), in 16,4 % einer anderen Fachklinik (Säule c). In 25,5 % waren frühere ärztliche außerklinische Gutachten angefertigt worden (Säule d), in 11,8 % handelte es sich um Erstgutachten (Säule e).

e. Fragestellung:

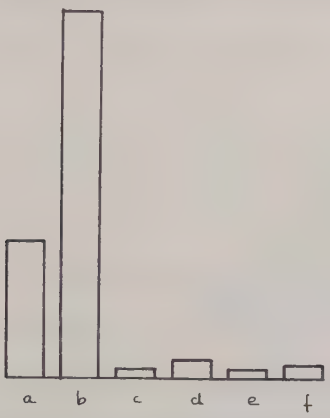



Abbildung 25:

In 24,5 % war Erstantrag auf Unfallrente gestellt worden (Säule a), in 65,5 % sollte zur Weiterbewilligung einer Unfallrente Stellung genommen werden (Säule b), in 1,8 % (2 Fälle) wurde Rentenerhöhung (Säule c) und in 3,6 % (4 Fälle) Wiederbewilligung der Rente (Säule d) gefordert. In 1,8 % (2 Fälle) war Einspruch gegen die Rentenablehnung erhoben worden (Säule e), in 2,7 % (3 Fälle) sollte nachgeprüft werden, ob eine unfallbedingte Epilepsie vorliegt (Säule f).

f. Zeitraum, der seit dem Unfall vergangen ist:

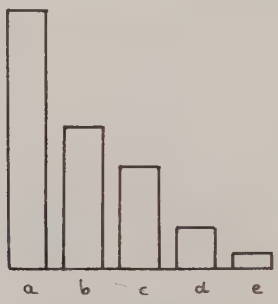



Abbildung 26:

In 46,4 % der Fälle lag das Unfallereignis bis zu 2 Jahre zurück (Säule a), in 25,5 % mehr als 2 bis 5 Jahre (Säule b), in 18,2 % über 5 bis 10 Jahre (Säule c), in 7,3 % über 10 bis 20 Jahre (Säule d) und in 2,8 % der Fälle über 2o Jahre (Säule e).

g. Leiden, bei denen eine MdE. angenommen wurde:

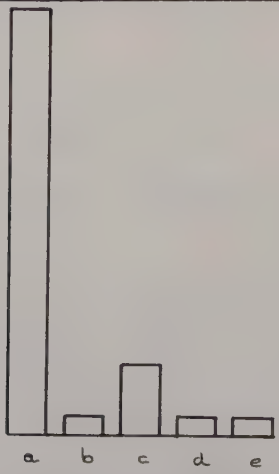



Abbildung 27:

Eine MdE. wurde in 7o,9 % = 78 Fällen angenommen.
Beteiligt waren folgende Leiden:

In 75,6 % der Fälle, in denen eine MdE. vorgeschlagen wurde, handelte es sich um den Zustand nach Hirnverletzung (Abbildung 27, Säule a), in 12,8 % um den Zustand nach Verletzung des peripheren Nervensystems (Säule c), in jeweils 3,8 % um sonstige Leiden auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet (Säule d), um den Zustand nach Verletzung des Rückenmarks (Säule b) und um den Zustand nach Verletzung auf anderen Fachgebieten (Säule e).

1. Zustand nach Hirnverletzung: 59 Fälle = 75,6 %.

In einem Fall (1,7 %) handelte es sich um eine offene Hirnverletzung, bei der ein Dauerschaden zu erwarten ist. In 55 Fällen (93,2 %) handelte es sich um geschlossene Hirnverletzungen:

| Dauerschaden zu erwarten: | | | Weitgehende bis vollkommene Remission zu erwarten: | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Zustand n.Contusio cer. | | | Zustand n.Contusio cer. | | | Zustand n.Comm.cer. | | |
| mit Schädelbruch | ohne | fragl. | mit Schädelbruch | ohne | fragl. | mit Schädelbruch | ohne | fragl. |
| 15 | 7 | 9 | 0 | 7 | 1 | 8 | 3 | 5 |

In einem Fall (ohne Schädelbruch) war es zu einer traumatischen Epilepsie gekommen.

In 3 Fällen (5,1 %) handelte es sich um den Zustand nach Hirnverletzungen, bei denen noch nicht mit Sicherheit feststeht, ob es sich um Contusionen oder Commotionen handelte. In einem dieser Fälle kam es bei dem Unfall zum Schädelbruch, die beiden anderen verliefen ohne Schädelbruch.

2. Zustand nach Verletzung des Rückenmarks: 3 Fälle = 3,8 %.

In allen drei Fällen ist ein Dauerschaden zu erwarten:

| Zustand nach Contusio spinalis | |
|---|---|
| mit Wirbelbruch | ohne |
| 2 | 1 |

3. Zustand nach Verletzung des peripheren Nervensystems: 10 Fälle = 12,8 %.

In allen Fällen ist Dauerschaden zu erwarten:

| Schädigung v.Nervenwurzeln | von Plexus | von peripheren Nerven |
|---|---|---|
| 2 | 1 | 7 |

4. Sonstige Unfallfolgen auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet: 3 Fälle = 3,8 %.

Einmal war der Unfall eine wichtige Teilursache einer Durablutung auf dem Boden einer Pachymeningitis hämorrhagica interna. Beim 2. Fall war es nach dem Unfall zu einer Durchwanderungsmeningitis gekommen. Beim 3. Fall war die MdE. durch Folgen einer CO-Vergiftung bedingt.

5. Zustand nach Verletzungen auf anderen Fachgebieten: 3 Fälle = 3,8 %.

In allen Fällen handelte es sich um Verletzungen auf chirurgisch - orthopädischem Gebiet, bei denen ein Dauerschaden zu erwarten ist.

h. Zusammenhangsfrage:

| | | |
|---|---|---|
| Zustand vollkommen auf den angeschuldigten Unfall zurückzuführen: | 51,8 % | (57 Fälle) |
| Zustand teilweise auf den angeschuldigten Unfall zurückzuführen: | 20 % | (22 Fälle) |
| Zustand nicht auf den angeschuldigten Unfall zurückzuführen: | 6,4 % | ( 7 Fälle) |

| | |
|---|---|
| Die Zusammenhangsfrage konnte nicht mit Sicherheit geklärt werden: | o,99 % (1 Fall) |
| Ursachensfrage erst nach HNO-ärztlicher Begutachung zu klären: | 0,99 % (1 Fall) |
| Verschlimmerung einer Krankheit durch den Unfall: | 1,8 % (2 Fälle) |
| Vorübergehende Verschlimmerung eines Leidens, die jetzt nicht mehr zu berücksichtigen war: | 0,99 % (1 Fall) |
| Keine Folgen des Unfalles mehr vorhanden: | 13,6 % (15 Fälle) |
| Keine Folgen mehr auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet: | 3,6 % (4 Fälle) |

i. Vorgeschlagener Rentensatz:

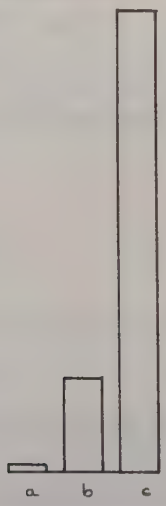



Abbildung 28:

Eine MdE. von 1oo % wurde in 1,3 % (1 Fall) angenommen (Säule a), in 16,7 % eine solche von 5o-9o % (Säule b) und in 82 % eine solche von weniger als 5o % (Säule c).

Bei einer MdE. unter 20 % wird von den Berufsgenossenschaften keine Rente ausgezahlt, diese Fälle sind nicht berücksichtigt.

j. Vergleich mit dem alten Rentensatz:

Abbildung 29:

In 61,2 % der Fälle wurde der gleiche Rentensatz wie in den Vorgutachten vorgeschlagen (Säule a), in 28,8 % ein niedrigerer (Säule c) und in 10 % ein höherer (Säule b).

k. Einholung von Zusatzgutachten anderer Fachrichtungen:

In 19 Fällen = 17,3 % wurden Zusatzgutachten anderer Fachgebiete eingeholt, 12mal solche der HNO-Klinik, 4mal der Augenklinik, 2mal der Chirurgischen und 1mal der Kieferchirurgischen Klinik. Es sollte zu Traumafolgen auf dem jeweiligen Fachgebiet Stellung genommen werden.

1. Vorschlag von Zusatzgutachten anderer Fachrichtungen:

In 6 Fällen = 5,5 % wurden Zusatzgutachten anderer Fachrichtungen vorgeschlagen, 3mal der HNO-Klinik, 2mal der Augenklinik und 1mal der Medizinischen Klinik. Auch hier war stets nach Unfallfolgen auf den entsprechenden Fachgebieten gefragt.

Private Unfall- und Haftpflichtversicherungen.

a. Alter der Begutachteten beim Unfallereignis:

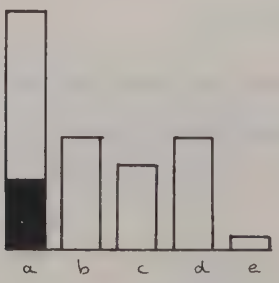



Abbildung 3o:

An erster Stelle standen hier die jüngeren Jahrgänge. Personen unter 30 Jahren waren mit 42,5 % vertreten (Säule a). 29,4 % dieser Begutachteten unter 3o J. waren Kinder (schwarzer Säulenanteil). Es folgten die

31-40jährigen und die 51-60jährigen mit je 20 % (Säulen b + d), die 41-50jährigen mit 15 % (Säule c) und zuletzt die über 60jährigen mit 2,5 % (Säule e).

b. Alter derjenigen, bei denen eine MdE. vorgeschlagen wurde:

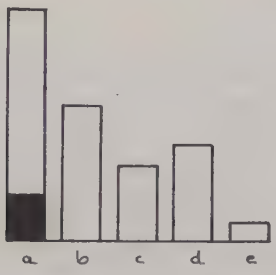



Abbildung 31:

Die Verteilung ist etwa die gleiche wie unter a). Wiederum stellten die Begutachteten unter 3o Jahren die stärkste Gruppe mit 41,4 % (Säule a), 20 % davon waren wiederum Kinder (schwarzer Säulenanteil). Es folgten die 31-40jährigen mit 24,1 % (Säule b), die 51-60jährigen mit 17,2 % (Säule d), die 41-50-jährigen mit 13,8 % (Säule c) und die über 60jährigen mit 3,4 % (Säule e).

c. Berufe der Begutachteten:

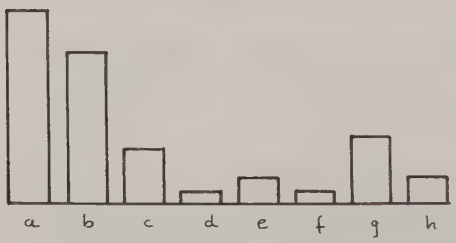



Abbildung 32:

Am häufigsten waren Arbeiter und Handwerker vertreten und zwar mit 35 % (Säule a), dann folgten die Angestellten mit 27,5 % (Säule b), die Selbständigen mit 1o % (Säule c), die Hausfrauen mit 5 % (Säule e), Künstler und Rentner mit je 2,5 % (Säulen d + f). In 12,5 % der Fälle handelte es sich um Kinder (Säule g), in 5 % war der Beruf nicht angegeben (Säule h).

d. Vorhandene Vorgutachten:

Abbildung 33:

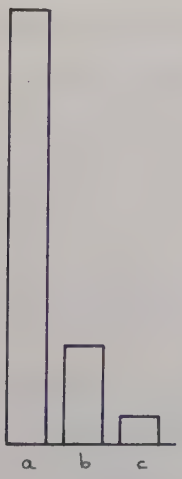
In 10 % der Fälle waren Vorgutachten der hiesigen Nervenklinik vorhanden (Säule a), in 22,5 % solche

einer anderen Fachklinik (Säule b), in 20 % waren früher ärztliche außerklinische Gutachten angefertigt worden (Säule c). In 47,5 % der Fälle handelte es sich um Erstgutachten (Säule d).

e. Fragestellung:

Es sollte festgestellt werden, welche Folgen die jeweiligen Unfälle für Gesundheit und Erwerbsfähigkeit der begutachteten Personen hatten. Es handelte sich dabei in allen Fällen bis auf einen um Verkehrsunfälle. In diesem einen Fall hatte ein Begutachteter sich den Kopf an einem Türrahmen gestoßen.

f. Zeitraum, der seit dem Unfall vergangen ist:




In 77,5 % lag das Unfallereignis bis zu 2 Jahre zurück (Säule a), in 17,5 % über 2 bis 5 Jahre (Säule b) und in 5 % über 5 bis 10 Jahre (Säule c).

Abbildung 34:

g. Diagnosen, bei denen eine MdE. vorgeschlagen wurde:

In 72,5 % = 29 Fällen wurde eine MdE. angenommen. Es handelte sich jedesmal um den Zustand nach einem stumpfen Schädeltrauma mit Hirnbeteiligung.

| Dauerschaden zu erwarten: | | | Weitgehende bis vollkommene Remission zu erwarten: | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Zustand n.Cont.cer. | | | Zustand n.Cont.cer. | | | Zustand n.Comm.cer. | | |
| mit Schädelbruch | ohne | fragl. | mit Schädelbruch | ohne | fragl. | mit Schädelbruch | ohne | fragl. |
| 6 | 1 | 2 | 0 | 9 | 3 | 1 | 4 | 2 |

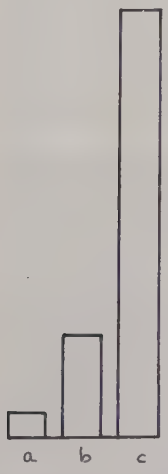
In einem Fall konnte nicht mit Sicherheit festgestellt werden, ob es bei dem Unfall zu einer Commotio oder einer Contusio cerebri gekommen war, durch Folgen auf ophthalmologischem Gebiet kam es zu einem Dauerschaden.

h. Zusammenhangsfrage:

| | | |
|---|---|---|
| Zustand vollkommen auf den angeschuldigten Unfall zurückzuführen: | 57,5 % | (23 Fälle) |
| Zustand teilweise auf den angeschuldigten Unfall zurückzuführen: | 15 % | ( 6 Fälle) |

| | |
|---|---|
| Zustand nicht auf den angeschuldigten Unfall zurückzuführen: | 5 % (2 Fälle) |
| Keine erwerbsmindernden Folgen mehr vorhanden: | 17,5 % (7 Fälle) |
| Keine erwerbsmindernden Folgen mehr von neurologisch-psychiatrischer Seite: | 5 % (2 Fälle) |

i. Vorgeschlagener Rentensatz:




In 4,5 % (1 Fall) wurde eine MdE. von 1oo % (Säule a), in 18,4 % eine solche von 50 - 90 % (Säule b) und in 76,9 % eine solche von weniger als 50 % angenommen (Säule c).

Abbildung 35:

j. Vergleich mit altem Rentensatz:

Abbildung 36:

In 52,6 % der Fälle wurde der gleiche Rentensatz wie im Vorgutachten vorgeschlagen (Säule a), in 26,3 % ein niedrigerer (Säule b) und in 21,1 % ein höherer (Säule c).

k. Einholung von Zusatzgutachten anderer Fachrichtungen:

In 6 Fällen = 15 % wurden Zusatzgutachten anderer Fachrichtungen eingeholt, 3mal solche der HNO-Klinik, je ein Gutachten der Chirurgischen, der Kieferchirurgischen und der Augen-Klinik. Dabei sollte zu Traumafolgen Stellung genommen werden.

l. Vorschlag von Zusatzgutachten anderer Fachrichtungen:

In einem Fall (2,5 %) wurde vorgeschlagen, ein Zusatzgutachten der Kieferchirurgischen Klinik einzuholen, wobei ebenfalls zu Traumafolgen Stellung genommen werden sollte.

III. V e r s o r g u n g s a m t:

a. Alter bei Verletzung bzw. Erkrankung:

Abbildung 37:

Zum Zeitpunkt der Verletzung bzw. Erkrankung hatten 7o,3 % der Begutachteten das 30. Lebensjahr noch nicht erreicht (Säule a), 21,9 % waren im Alter von 31-40 Jahren (Säule b) und 7,8 % im Alter von 41-50 Jahren (Säule c).

b. Alter derjenigen, bei denen eine MdE. vorgeschlagen wurde:

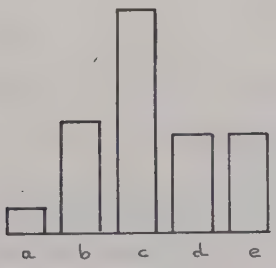



Abbildung 38:

Die Verteilung nach dem Alter der zum jetzigen Zeitpunkt Berenteten sieht natürlich ganz anders aus, da der zweite Weltkrieg jetzt mehr als 20 Jahre zurück-

liegt und es zu den meisten Verletzungen bzw. Erkrankungen in diesem Kriege kam. Am häufigsten fanden sich hier die 41-50jährigen mit 40 % (Säule c), es folgten die 31-40jährigen mit 20 % (Säule b), die 51-60jährigen und die über 60jährigen mit jeweils 17,8 % (Säulen d + e) und zuletzt die unter 30jährigen mit 4,4 % (Säule a).

c. Vorhandene Vorgutachten:

Abbildung 39:

In 17,2 % der Fälle waren Vorgutachten der hiesigen Klinik (Säule a), in 7,8 % einer anderen Nervenklinik (Säule b), in 1,6 % einer anderen Fachklinik vorhanden (Säule c). In 65,6 % waren früher ärztliche außerklinische Gutachten angefertigt worden (Säule d), in 7,8 % der Fälle handelte es sich um Erstgutachten (Säule e).

d. Fragestellung:

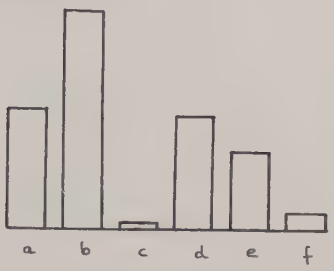



Abbildung 4o:

In 21,9 % sollte zum Erstantrag auf Versorgungsrente Stellung genommen werden (Säule a), in 39,1 % handelte es sich um die Weiterbewilligung der Versorgungsrente (Säule b), in 20,3 % war Antrag auf Verschlimmerung gestellt worden (Säule d), in 1,6 % Antrag auf Wiederbewilligung der Rente (Säule c). In 14,1 % war Widerspruch erhoben worden, sei es gegen die Höhe der Rente oder gegen die Änderung der Krankheitsbezeichnung ( Säule e). In 3,1 % war eine völlige Neueinschätzung verlangt (Säule f).

e. Zeitpunkt der Verletzung bzw. Erkrankung:

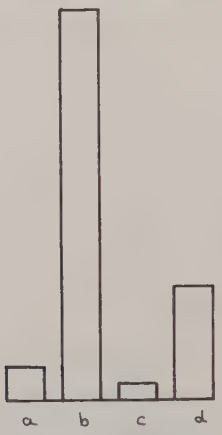



Abbildung 41:

In 6,3 % der Fälle kam es im 1. Weltkrieg zur Verletzung bzw. Erkrankung (Säule a), in 7o,3 % im 2. Weltkrieg (Säule b), in 3,1 % sowohl im 2. Weltkrieg als auch zur Zeit der Gefangenschaft (Säule c), in 2o,4 % in der Zeit nach dem 2. Weltkrieg (Säule d): In 76,9 % war dies die Zeit der Gefangenschaft, in 23,1 % kam es zu Gesundheitsschäden durch Verschleppung durch die Russen, durch Haft in der DDR und beim Dienst in der Bundeswehr. Insgesamt wurden 6 Begutachtete als Zivilpersonen von der Schädigung betroffen.

f. Leiden, bei denen eine MdE. angenommen wurde:
45 Fälle = 70,3 %.

Abbildung 42:

In 68,9 % handelte es sich um den Zustand nach Hirnverletzung (Säule a), in 4,4 % um den Zustand nach Verletzung des Rückenmarks (Säule b), in 2,2 % um den nach Verletzung des peripheren Nervensystems (Säule c), in 8,9 % wurden sonstige Versorgungsleiden auf neurologisch - psychiatrischem Gebiet festgestellt (Säule d), in 15,6 % fanden sich Schäden auf anderen Fachgebieten (Säule e).

1. Zustand nach Hirnverletzung: 31 Fälle = 68,9 %.

a. Zustand nach offener Hirnverletzung: 9 Fälle = 29 %.

In allen Fällen ist Dauerschaden zu erwarten. In 2 Fällen war es zu traumatischer Epilepsie gekommen.

b. Zustand nach geschlossener Hirnverletzung: 15 Fälle = 48,5 %.

| Dauerschaden zu erwarten | | | Weitgehende Remission möglich | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Zustand nach Contusio cerebri mit | ohne | fraglicher Schädelbruch | Zustand nach Contusio cerebri mit | ohne | fraglicher Schädelbruch |
| 6 | 4 | 3 | 0 | 1 | 0 |
| In einem Fall ausserdem noch Verletzung des Rückenmarks<br><br>1mal traumatische Epilepsie | 1mal traumatische Epilepsie | | | | |

In einem Fall war es zu einer Verletzung der linken Arteria carotis und nachfolgender Hirnschädigung gekommen.

c. Zustand nach Hirnverletzung, wobei es nicht ersichtlich war, ob es sich um eine offene oder gedeckte Hirnverletzung handelte: 7 Fälle = 22,6 %.

In allen Fällen handelte es sich um Dauerschäden. Zweimal war es zu traumatischer Epilepsie gekommen.

Insgesamt kam es also in 6 Fällen von Hirnverletzungen zur traumatischen Epilepsie, das sind 19,4 % der Hirnverletzungen.

2. Zustand nach Verletzung des Rückenmarks: 2 Fälle = 4,4 %.

In allen Fällen besteht Dauerschaden.

3. Zustand nach Verletzung des peripheren Nervensystems: 1 Fall = 2,2 %:

Es besteht Dauerschaden.

4. Sonstige Versorgungsleiden auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet: 4 Fälle = 8,9 %.

In 2 Fällen handelte es sich um die Auslösung einer Multiplen Sklerose durch den Kriegsdienst, in einem Fall um die Folgen einer Encephalitis, in einem Fall um die Restfolgen nach einer entzündlichen Erkrankung des Nervensystems, deren nosologische Zuordnung nicht möglich war.

5. Schäden auf anderen Fachgebieten: 7 Fälle = 15,6 %.
In allen Fällen handelt es sich um Dauerschäden.

| Chirurgisch-Orthopädisch | HNO-Leiden | ophthalmologisch | internistisch |
|---|---|---|---|
| 3 | 2 | 1 | 1 |

g. Zusammenhangsfrage:

| | | |
|---|---|---|
| Zustand völlig auf das angeschuldigte Ereignis zurückzuführen: | 4o,6 % | (26 Fälle) |
| Zustand teilweise auf angeschuldigtes Ereignis zurückzuführen: | 25 % | (16 Fälle) |
| Zustand nicht auf angeschuldigtes Ereignis zurückzuführen: | 12,5 % | ( 8 Fälle) |
| Zusammenhang mit dem Wehrdienst nicht ausreichend wahrscheinlich: | 1,6 % | (1 Fall) |
| Es war nicht zu einer Erkrankung oder Verletzung gekommen: | 6,3 % | (4 Fälle) |
| Auslösung oder Verschlimmerung eines Leidens durch den Wehrdienst: | 6,3 % | (4 Fälle) |
| Auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet keine Verletzungsfolgen mehr: | 3,1 % | (2 Fälle) |
| Überhaupt keine Verletzungsfolgen mehr: | 4,7 % | (3 Fälle) |

h. Rentensatz bei freier Einschätzung:

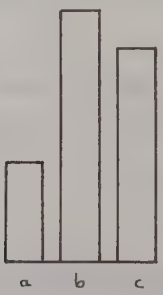



Abbildung 43:

In 17,8 % wurde eine MdE. von 1oo % angenommen (Säule a), in 44,4 % eine solche von 5o-9o % (Säule b), und in 37,8 % eine solche von weniger als 5o % (Säule c). Rentensätze unter 25 % blieben unberücksichtigt, da das Versorgungsamt bei einer solchen MdE. keine Rente auszahlt.

i. Vergleich mit früherem Rentensatz:

Abbildung 44:

In 63,8 % wurde der gleiche Rentensatz angenommen wie im Vorgutachten, in 12,8 % ein höherer und in 23,4 % ein niedrigerer.

j. Einholung von Zusatzgutachten anderer Fachgebiete:

In 9 Fällen = 14,1 % wurden Zusatzgutachten eingeholt, davon 5 Gutachten der HNO-Klinik, 2 der Augenklinik und je eines der Orthopädischen Klinik und des Strahleninstitutes. Es war jeweils nach Verletzungsfolgen gefragt.

k. Vorschlag von Zusatzgutachten anderer Fachgebiete:

13mal ( = 2o,3 %) wurden Zusatzgutachten vorgeschlagen, jeweils 4 der Medizinischen und der Chirurgischen Klinik, 2 der Urologischen Klinik und je eines der Orthopädischen, der Augenklinik und der Frauenklinik. Auch hier sollte zu eventuellen Traumafolgen Stellung genommen werden.

IV. Sozialgericht:

a. Alter bei Antragstellung bzw. beim Unfall oder der Verwundung:

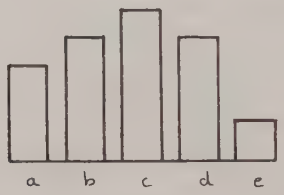



Abbildung 45:

Am häufigsten waren die 41-50jährigen vertreten mit 27,8 % (Säule c), dann kamen die 51-60jährigen und die 31-40jährigen mit je 22,8 % (Säulen d + b). Zuletzt folgten diejenigen, die das 30. Lebensjahr noch nicht erreicht hatten mit 17,7 % (Säule a). In 7,6 % der Fälle war das Alter nicht angegeben (Säule e).

b. Alter derjenigen, bei denen eine MdE. angenommen wurde:

Hier sind auch die Fälle berücksichtigt, bei denen das Gutachten nicht dem jeweiligen Klagebegehren entsprach.

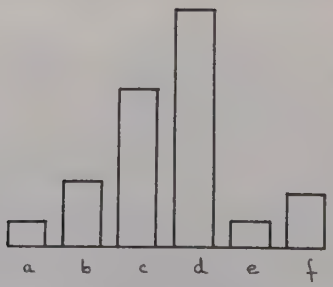



Abbildung 46:

Hier waren die älteren Begutachteten an erster Stelle: die 51-60jährigen waren mit 41,9 % (Säule d), die 41-50jährigen mit 27,9 % (Säule c), die 31-40jährigen mit 11,6 % (Säule b), die über 60jährigen und die unter 30jährigen mit jeweils 4,7 % (Säulen e + a) vertreten. In 9,3 % der Fälle war das Alter nicht angegeben (Säule f).

c. Gegner im Rechtsstreit:

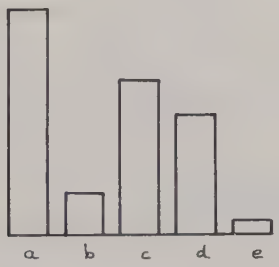



Abbildung 47:

In 4o,5 % der Fälle war es die LVA bzw. BfA. (Säule a), in 27,9 % die Berufsgenossenschaften und Eigenunfallversicherungsträger der öffentlichen Hand (Säule c), in 21,5 % das Versorgungsamt (Säule d), in 7,6 % die Saarknappschaft (Säule b), in 2,5 % die Bundesbahnversicherungsanstalt (Säule e).

Die Klagen erfolgten in 88,7 % in erster Instanz, hier natürlich nur durch die Rentenbewerber selbst. In der 2. Instanz wurden 11,3 % der Fälle behandelt, hier hatten in 66,6 % die Begutachteten geklagt, in 33,3 % eine der Behörden bzw. Einrichtungen, bei denen eine Rente beantragt worden war. Es handelte sich einmal um die Saarknappschaft, einmal um das Versorgungsamt und einmal um eine Berufsgenossenschaft. In allen Fällen, in denen vom Versicherungsträger Berufung eingelegt war, entsprach die gutachterliche Beurteilung der Auffassung des Berufungsklägers, während dies nur bei 32,9 % der Fälle zutraf, bei denen der Geschädigte Berufung eingelegt hatte.

d. Berufe der Begutachteten:

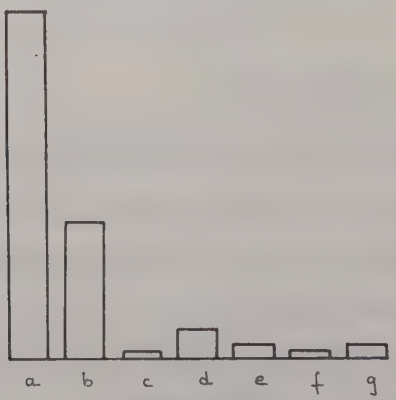



Abbildung 48:

Den größten Anteil stellten Arbeiter und Handwerker mit 62 % (Säule a), es folgten die Angestellten mit

24,1 % (Säule b), die Selbständigen mit 5,1 % (Säule d), die Rentner mit 2,5 % (Säule e), die Beamten und Hausfrauen mit je 1,3 % (Säulen c + f). In 3,8 % der Fälle war kein Beruf angegeben (Säule g).

e. Vorhandene Vorgutachten:

Abbildung 49:

In 14 % der Fälle waren Vorgutachten der hiesigen Universitäts-Nervenklinik vorhanden (Säule a), in 7,6 % solche anderer Nervenkliniken (Säule b), in 17,7 % solche anderer Fachkliniken (Säule c) und in 60,8 % der Fälle wurden früher außerklinische ärztliche Gutachten angefertigt (Säule d).

f. Fragestellung, getrennt nach Gegnern im Rechtsstreit:

I. LVA bzw. BfA:

In 87,5 % der Fälle handelte es sich um die Klage gegen Ablehnung der Rente wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit, in 12,5 % um die Klage gegen den Entzug einer Rente.

II. Soziale Unfallversicherung:

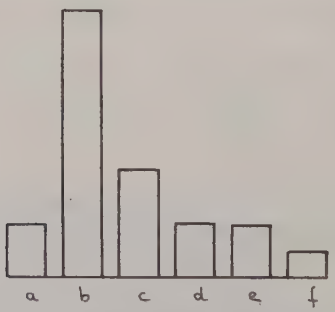
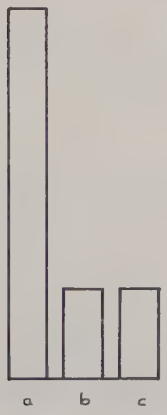



Abbildung 5o:

In 47,6 % der Fälle handelte es sich um die Klage gegen den Entzug der Unfallrente (Säule b), in 19,1 % um Klage gegen die Kürzung der Unfallrente (Säule c), in 9,6 % um Klage gegen die Höhe der Unfallrente (Säule d), in jeweils 9,2 % um Klage gegen Ablehnung der Unfallrente und gegen Ablehnung der Verschlimmerung (Säulen a + e). In einem Fall klagte die Berufsgenossenschaft, die kritisierte, daß eine EM ohne einen objektiven Befund festgesetzt worden sei (4,8 % - Säule f).

III. Saarknappschaft:




In 66,7 % handelte es sich um die Klage gegen die Ablehnung der Rente (Säule a), in einem Fall = 16,7 % um eine solche gegen die Kürzung der Rente (Säule b), in einem Fall um die Berufung der Saarknappschaft gegen das Urteil des Sozialgerichtes, die Berufsunfähigkeit anzuerkennen (Säule c).

Abbildung 51:

IV. Versorgungsamt:

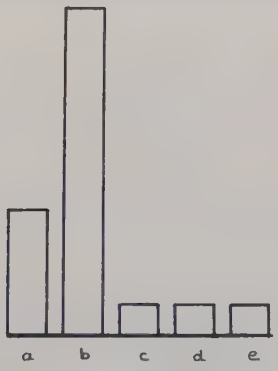



Abbildung 52:

In 58,8 % war es zur Klage gegen die Ablehnung bzw. Nichtanerkennung einer Verschlimmerung gekommen (Säule b), in 23,5 % gegen die Ablehnung der Versorgungsrente (Säule a), in einem Fall = 5,9 % zur

Klage gegen die Höhe der Rente (Säule c), in einem anderen war es zum Rekurs des Versorgungsamtes gegen eine vom Versorgungsgericht beschlossene Erhöhung der Rente (Säule d) gekommen, in einem Fall sollte der Zusammenhang eines Selbstmordes mit dem früheren Aufenthalt im KZ Bautzen geklärt werden. Die Klage war von den Angehörigen erhoben worden (Säule e).

V. Bundesbahnversicherungsanstalt:

In den beiden Fällen handelte es sich um die Klage gegen Ablehnung der Rente.

g. Diagnosen, bei denen eine MdE. angenommen wurde:
43 Fälle = 54,4 %.

Abbildung 53:

In 23,3 % der Fälle wurde eine Unfallrente (Säule a), in 20,9 % eine Versorgungsrente (Säule b), in 55,8 % eine sonstige Rente vorgeschlagen (Säule c).
Hier sind auch die Fälle berücksichtigt, bei denen das Gutachten nicht dem jeweiligen Klagebegehren entsprach.

1. Unfallrente: 10 Fälle.

In 70 % der Fälle handelte es sich um den Zustand nach geschlossener Hirnverletzung, in 3o % um den nach Verletzung des peripheren Nervensystems.

Geschlossene Hirnverletzung: 7 Fälle.

| Dauerschaden zu erwarten | | | Weitgehende Remission möglich | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Zust.n.Cont.cer. mit Schädelbruch | ohne | fragl. | Zust.n.Cont.cer. mit Schädelbruch | ohne | fragl. | Zustand n.Comm.cer. mit Schädelbruch | ohne | fragl. |
| 0 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 |

Zustand nach Verletzung des peripheren Nervensystems: 3 Fälle.

In allen Fällen ist Dauerschaden zu erwarten.

| Wurzelschädigung | Plexusschädigung | Schädigung periph.Nerv. |
|---|---|---|
| 1 | 0 | 2 |

2. Versorgungsrente: 9 Fälle.

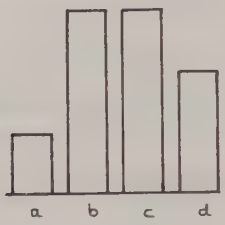



Abbildung 54:

In 11,1 % handelte es sich um den Zustand nach offener Hirnverletzung (Säule a), in 33,3 % um sonstige Erkrankungen des Gehirns (Säule b), in 33,3 % um den Zustand nach Verletzung des peripheren Nervensystems (Säule c), in 22,3 % um Verletzungsfolgen auf chirurgischem Gebiet ( Säule d).

Zustand nach offener Hirnverletzung: 1 Fall, bei dem Dauerschaden zu erwarten ist.

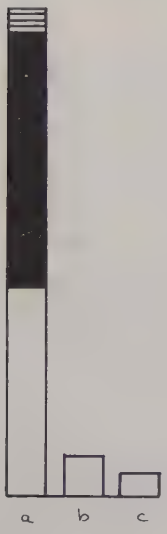
Sonstige Erkrankungen des Gehirns: 3 Fälle. Es ist Dauerschaden zu erwarten.

| Parkinsonismus | Zustand n.dystrophischer Hirnschädigung |
|---|---|
| 2 | 1 |

Zustand nach Verletzung des peripheren Nervensystems: 3 Fälle von Schädigung peripherer Nerven. Es ist Dauerschaden zu erwarten.

Verletzungsfolgen auf chirurgischem Gebiet: 2 Fälle, Dauerschaden ist zu erwarten.

3. Sonstige Rente: 24 Fälle.
(LVA bzw. BfA, Saarknappschaft und Bundesbahnversicherungsanstalt).




In 87,5 % der Fälle handelte es sich um Leiden auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet (Säule a), in 8,3 % auf internistischem (Säule b) und in 4,1 % auf HNO-ärztlichem Gebiet (Säule c).
Bei den Leiden auf neurologisch - psychiatrischem Gebiet wurde in 42,8 % Erwerbsunfähigkeit, in 52,4 % Berufsunfähigkeit und in 4,8 % verminderte Berufsfähigkeit angenommen.

Abbildung 55:

Hauptleiden auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet:

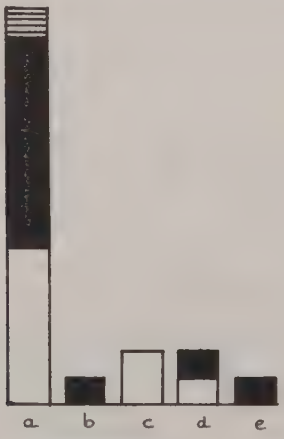



Abbildung 56:

In 71,4 % handelte es sich um Erkrankungen oder Schädigungen des Gehirns (Säule a), in 4,8 % um solche des peripheren Nervensystems (Säule b), in jeweils 9,5 % um Multiple Sklerose (Säule c) und endogene Psychosen (Säule d), in 4,8 % = 1 Fall um einen psychopathischen Zustand mit echtem Krankheitswert (Säule e).

A. Erkrankungen des Gehirns:

Sie bedingen in 40 % Erwerbsunfähigkeit, in 6,7 % verminderte Berufsfähigkeit und in 53,3 % Berufsunfähigkeit.

Es handelte sich um folgende Krankheiten:

1. Cerebraler Gefäßprozess in 46,7 %;
2. Anfallsleiden in 46,7 %;
3. Zustand nach CO-Vergiftung in 6,3 % (1 Fall).

B. Erkrankungen des peripheren Nervensystems:

Es handelte sich um einen Fall von Wurzelschädigung, der Berufsunfähigkeit bedingt.

C. Multiple Sklerose:

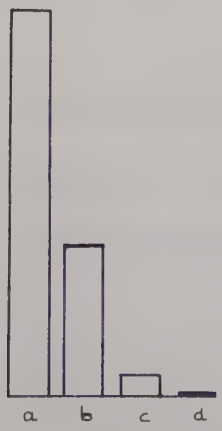
Es kamen 2 Fälle vor, bei denen Erwerbsunfähigkeit vorlag.

D. Endogene Psychosen:

2 Fälle, wobei die Krankheit einmal zu Erwerbsunfähigkeit und einmal zu Berufsunfähigkeit führte.

E. Einmal handelte es sich um einen psychopathischen Zustand, bei dem hier Berufsunfähigkeit angenommen wurde.

h. Vergleich mit Vorgutachten:




In 68,4 % der Fälle kam es zur gleichen Beurteilung wie durch den Vorgutachter (Säule a), in 26,6 % wurde ein höherer (Säule b), in 3,8 % ein niedrigerer Rentensatz angenommen als im Vorgutachten. In 1,3 % wurde die Begutachtung dem Orthopäden überlassen (Säule d).

Abbildung 57:

i. Einholung von Zusatzgutachten anderer Fachgebiete:

3mal (in 3,8 %) wurden Zusatzgutachten eingeholt, und zwar 2 der HNO-Klinik und eines der Orthopädischen Klinik. Es sollten Traumafolgen begutachtet bzw. die Ursache von Schwerhörigkeit abgeklärt werden.

j. Vorschlag von Zusatzgutachten anderer Fachgebiete:

In 8 Fällen = 1o,1 % wurden Zusatzgutachten vorgeschlagen, 3 der Orthopädischen, 2 der Chirurgischen und 2 der Medizinischen Klinik. Es sollte zu eventuellen Trauma- bzw. Kriegsverletzungsfolgen Stellung genommen und einmal die Ursache von körperlichem Verfall geklärt werden.

V. L a n d g e r i c h t:

a. Alter der Begutachteten beim Unfall:

Abbildung 58:

66,7 % der Begutachteten waren bei dem Unfallereignis unter 30 Jahren (Säule a), 22,2 % im Alter von 41-50 (Säule B) und 11,1 % im Alter von 51-60 Jahren (Säule c).

b. Alter derjenigen, bei denen eine MdE. angenommen wurde:

In 66,7 % der Fälle (2mal) waren die Begutachteten unter 30 Jahre alt, in 33,3 % im Alter von 31-40 Jahren.

c. Berufe der Begutachteten:

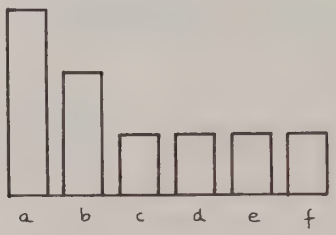



Abbildung 59:

In 33,3 % handelte es sich um Arbeiter und Handwerker (Säule a), in 22,2 % um Angestellte (Säule b), es folgten ein Beamter (11,1 % - Säule c), ein Lehrling (11,1 % - Säule d) und ein Kind (11,1 % - Säule e). Einmal war der Beruf nicht angegeben (Säule f).

d. Gegner im Rechtsstreit:

Gegner im Rechtsstreit vor dem Landgericht waren Private Unfall- und Haftpflichtversicherungen.

e. Fragestellung:

In 2/3 der Fälle wurde Klage gegen die Ablehnung von Entschädigungsansprüchen geführt, in 1/3 gegen den Entzug der Entschädigungszahlung.

f. Vorgutachten:

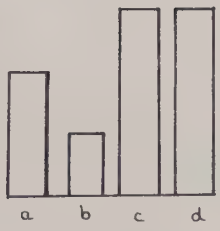



Abbildung 6o:

In 22,2 % waren Vorgutachten der hiesigen Universitäts-Nervenklinik (Säule a), in einem Fall (11,1 %) einer anderen Nervenklinik (Säule b), in 33,3 % einer anderen Fachklinik vorhanden (Säule c). In 33,3 % waren früher ärztliche außerklinische Gutachten angefertigt worden (Säule d).

g. Zeitraum, der seit dem Unfall vergangen ist:

In 88,9 % der Fälle lag der Unfall 2 - 5 Jahre zurück, in einem Fall (11,1 %) über 10 Jahre.

h. Leiden, bei denen eine MdE. angenommen wurde:

In 33,3 % der Fälle (3 mal) wurde eine MdE. angenommen. Es handelte sich jedesmal um den Zustand nach Contusio cerebri. In allen Fällen ist ein Dauerschaden zu erwarten. 2mal wurde eine MdE. von 50 - 90 % angenommen und einmal eine unter 50 %.

i. Vergleich mit Vorgutachten:

Abbildung 61:

In 55,6 % war die Beurteilung die gleiche wie im Vorgutachten (Säule a), in 33,3 % wurde ein höherer Rentensatz angenommen (Säule b), in einem Fall war die MdE. im Vorgutachten nicht angegeben (Säule c).

j. Zusatzgutachten:

Zusatzgutachten wurden nicht eingeholt und auch keine entsprechenden Vorschläge gemacht.

VI. S o n s t i g e s:

Auftraggeber:

Stadtverwaltung Neunkirchen;
Ministerium für Kultus, Unterricht und Volksbildung;
Ministerium der Justiz;
Vertrauensärztliche Dienststelle: 3mal;
Bundespost;
Landesentschädigungsamt;

Fragestellung:

Dienstfähigkeit eines Beamten: 4mal;
Berufs- bzw. Erwerbsfähigkeit: 2mal;
Unfallfolgen: 2mal.

Diagnosen, bei denen Erwerbsminderung angenommen wurde:

Anfallsleiden: 1mal - Berufsunfähigkeit.
Cerebraler Gefäßprozess: 1mal - Dienstunfähigkeit.
Schizophrenie: 1mal - derzeitig Dienstunfähigkeit.
Zustand nach Contusio cerebri mit Schädelbruch: 1mal - MdE. von 30 %.

## BESONDERE SCHWIERIGKEITEN BEI DER BEGUTACHTUNG

Im folgenden sollen noch einige schwierige Fragen gesondert besprochen werden. Hierzu gehören vor allem Krankheitsbilder, bei denen die Bedeutung äußerer Faktoren unklar ist, wie bei den Bandscheibenschädigungen und bei der Multiplen Sklerose. Im Anschluß daran sollen noch einige bemerkenswerte Einzelfälle besprochen werden.

### 1. Krankheitsbilder, bei denen die Bedeutung äußerer Faktoren unklar ist.

#### a. Lumbaler Bandscheibenvorfall.

Es werden häufig Traumen als Ursache von Bandscheibenvorfällen angeschuldigt. In ihrem Buch über den lumbalen Bandscheibenvorfall kommen JOCHHEIM, LOEW und RÜTT zu dem Schluß, daß nach einem Trauma nur dann ein ausgeprägter Bandscheibenvorfall auftritt, wenn schon eine weit fortgeschrittene Zermürbung besteht, was durch Operationsbefunde bestätigt wird. Für die Unfallbegutachtung sei es also wichtig, das Ausmaß einer vorbestehenden Krankheitsbereitschaft sowie Art und Schwere der Gewaltein-

wirkung zu rekonstruieren und gegeneinander abzuwägen. Für den Bandscheibenvorfall könne im Hinblick auf die stets vorhandene Vorschädigung lediglich eine einmalige vorübergehende, in seltenen Fällen auch richtunggebende Verschlimmerung erörtert werden.

Unter unseren Gutachten für das Versorgungsamt fanden sich 2 Fälle, in denen kurz nach dem 2. Weltkrieg Bandscheibenvorfälle als Dienstbeschädigung anerkannt worden waren. Es handelte sich in beiden Fällen um leichte Verhebe-Traumen, die sicherlich nie zu einer Schädigung einer normalen Bandscheibe geführt hätten. Bei freier Einschätzung wäre demnach bei der Begutachtung in unserer Klinik keine MdE. durch Unfallfolgen angenommen worden. Trotzdem wird der bisherige Rentensatz weitergezahlt werden müssen, da zu dessen Änderung eine wesentliche Änderung im Krankheitsgeschehen nachgewiesen werden müßte.

b. Multiple Sklerose:

Immer wieder werden von MS-Kranken die Einflüsse von Krieg und Gefangenschaft als Ursache ihrer Erkrankung angeschuldigt. Um zu einer sicheren Beurteilung von Zusammenhangsfragen kommen zu können,

muß die Ätiologie der betreffenden Krankheit bekannt sein. Über die Entstehungsursache der Multiplen Sklerose sind viele Theorien aufgestellt worden. 1958 hat sich V. ALSEN in seiner Arbeit "Krankheitsbegriff und Aetiologie der Multiplen Sklerose" dazu geäußert. Er gibt zunächst einen Überblick über die Geschichte und den gegenwärtigen Stand der Erforschung der Polysklerose, wie er die MS nennt: Heute stünden sich im wesentlichen 3 Auffassungen über die Ätiologie gegenüber:

"1. Die Polysklerose ist klinisch, anatomisch und ätiologisch eine Krankheitseinheit und wahrscheinlich durch ein neurotropes Virus bedingt. (SCHALTENBRAND, HALLERVORDEN u.a.).

2. Die Polysklerose ist weder klinisch, noch anatomisch, noch ätiologisch eine Krankheitseinheit, sondern nur eine besondere Reaktionsform im Rahmen eines einheitlichen, artgleichen Grundprozesses, der allen Entmarkungsencephalomyelitiden gemeinsam ist und durch den pathogenetischen Begriff der Neuroallergie bestimmt wird (PETTE).

3. Die Polysklerose ist zwar klinisch, nicht aber ätiologisch eine Krankheitseinheit. Der klinische Begriff kann Krankheitsabläufe verschiedener Ätiologie umfassen (BODECHTEL und SCHRADER)."

Es bestehe also nicht nur Unklarheit über die Ätiologie sondern bereits über die Fassung des Krankheitsbegriffes

der Polysklerose und zwar sowohl über die Grenzziehung des anatomischen als auch des klinischen Krankheitsbegriffes. Man könne aber nur gezielt nach der Ätiologie forschen, wenn der anatomische und klinische Krankheitsbegriff exakt definiert seien. Es wird daher zunächst ein anatomischer Prägnanztypus der Polysklerose bestimmt: Diese sei eine disseminierte, sklerosierende Entmarkungsencephalitis von besonderem Ausbreitungscharakter. Es bestehe jedoch kein Grund zur Annahme, daß dieser anatomischen Krankheitseinheit auch eine ätiologische Krankheitseinheit entspreche, bekanntlich könne die gleiche Ursache die verschiedensten anatomischen Bilder hervorrufen und anatomisch gleichartige Veränderungen könnten die verschiedensten Ursachen haben.

Es wird nun versucht, den Begriff einer klinischen Kerngruppe der Polysklerose zu erarbeiten. Für die Zuordnung zu dieser Gruppe wird gefordert:
"1. Die Bevorzugung bestimmter neurologischer Einzelsymptome im Rahmen eigenartiger Symptomenverbände, deren Charakteristikum das Nebeneinander multipler Funktionsstörungen und das Auftreten von Diskrepanzphänomenen im Sinne von WARTENBERG ist:
- Diskrepanz zwischen den objektiven Zeichen und dem funktionellen Ausfall,
- Diskrepanz zwischen den klinischen Zeichen und den lokalen Erscheinungen,
- Diskrepanz zwischen dem Verhalten des Patienten und sei-

nen körperlichen Mängeln.

2. Eine mehr oder weniger deutliche Euphorie als Kernstück der psychopathologischen Symptomatik.

3. Neurologisch und psychopathologisch bedingte Veränderungen des Sprechens nach Art des hypotonen oder ataktischen Syndroms bis hin zur skandierenden Sprache.

4. Das charakteristische Liquorsyndrom: mäßige oder fehlende Pleocytose, niedriger Gesamteiweißgehalt, tiefer Ausfall der Goldsolkurve im Anfangsteil, deutliche Gamma-Globulinvermehrung im Elektropherogramm."

Ferner spielten bei der Bestimmung der Kerngruppe auch die Verlaufsform (in Schüben und Remissionen) und das Manifestationsalter (2o. - 4o. Lebensjahr) eine Rolle. Es wird angenommen, daß diese klinische Kerngruppe ätiologisch einheitlich sei und damit der gezielten Ursachenforschung der Polysklerose dienen könne.

Über die versicherungsrechtliche Beurteilung der Multiplen Sklerose hat H.-J. UHLMANN 1953 eine Arbeit veröffentlicht: Wegen der ungeklärten Ätiologie sei die Beurteilung von Zusammenhangsfragen besonders schwierig.

Keine der bislang aufgestellten Hypothesen habe der Kritik standhalten können. Die Beurteilung könne sich gegenwärtig nur auf die allgemeine klinische Erfahrung stützen, auch auf die Gefahr hin, daß künftige Erkenntnisse einmal grundlegende Änderungen bedingten.

Nach § 2 des Reichsversicherungsgesetzes müsse die betreffende Gesundheitsstörung durch dienstliche Einflüsse "herbeigeführt" sein, müßten Kriegseinflüsse beim Entstehen der Schädigung "wesentlich mitgewirkt" haben. Ferner müsse anzunehmen sein, daß die Schädigung ohne Krieg nicht oder doch nicht in der gleichen Zeit aufgetreten wäre. Nicht der zeitliche sondern der ursächliche Zusammenhang werde gefordert.

Für die Beurteilung der Frage einer mehr oder minder richtunggebenden Verschlimmerung der Multiplen Sklerose durch Strapazen sollte gelten: Da nach den klinischen Erfahrungen exogenen Faktoren nur bedingt eine Bedeutung für den Ablauf des Prozesses zukomme, müsse für den Einzelfall, solle die Anerkennung einer Wehrdienstbeschädigung erfolgen, der Nachweis des Ungewöhnlichen der Belastung gefordert werden, um zu begründen, daß ohne diese Belastung der Krankheitsverlauf

mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein anderer gewesen wäre. Die WDB-Einflüsse müßten geeignet gewesen sein, das körperlich-seelische Gesamtgefüge einschneidend und anhaltend zu schädigen, die vitale Widerstandskraft erheblich herabzusetzen. Daß ein gewisser zeitlicher Zusammenhang gewahrt sein müsse, sei selbstverständlich. Als solche exogene Einflüsse gälten: "Schwere Hungerdystrophie nach monate- oder jahrelanger Mangelernährung, schwere Verbrennungen, Erfrierungen oder Unterkühlungsschäden, Infektionskrankheiten wie Typhus, Fleckfieber, Malaria, septische Prozesse oder langanhaltende Eiterungen, die mit Auszehung einhergingen." In den meisten Fällen werde die WDB nur im Sinne einer einmaligen, nicht richtunggebenden Verschlimmerung anerkannt werden können. Wenn der erste Schub ohne Defekt ausgeheilt sei, werde bei späteren Schüben keine MdE. mehr durch WDB angenommen. Bei der chronisch progredienten Verlaufsform werde ein Kompromiß angenommen: der EM würden die im Anschluß an den ersten Schub festgestellten Ausfallserscheinungen zugrunde gelegt oder man lege die Hälfte der zur Zeit der Untersuchung vorhandenen EM dem Wehrdienst zur Last, die andere der schicksalsmäßigen Entwicklung der Krankheit.

Ein Zusammenhang von MS und Trauma werde allgemein abgelehnt. Schreck- und Schockerlebnisse seien nur in

Ausnahmefällen als wesentliche Teilursache einer Verschlimmerung anzusehen, wenn bis ins tiefste aufrührende Erlebnisse, die an die Wurzeln der Existenz angriffen, vorlägen.

1959 haben E. und H. PETTE und H. BAUER in der Arbeit: "Zur Ätiologie und Pathogenese der Multiplen Sklerose" ebenfalls zum versicherungsrechtlichen Problem Stellung genommen:
Zunächst werden die neueren, geomedizinischen, experimentellen und biochemischen Arbeiten besprochen. Daraus gehe hervor, daß das Ätiologieproblem der Multiplen Sklerose weiterhin ungeklärt sei. Die rein endogene Bedingtheit dieser Erkrankung habe aber an Wahrscheinlichkeit verloren, die bestimmende Rolle einer besonderen immunologischen Reaktionslage des Organismus im Sinne einer hyperergischen Reaktionsweise habe an Gewicht gewonnen. Vieles spreche dafür, daß die Kombination einer entsprechenden Reaktionslage mit verschiedenartigen Noxen zu dieser Entmarkungskrankheit des ZNS führen könne. Der Begriff der Neuroallergie wird geprägt. Der als hyperergisch-allergisch angesehene Prozeß trete erst nach Sensibilisierung durch eine exogene Noxe - Virus, Bakterium, Vakzine, Serum, - auf. Es handele sich also um die Reaktion eines sensibilisierten Organismus im Sinne einer Allergie. Es sei gelungen, bei

verschiedenen Spezies experimentelle allergische Encephalomyelitiden zu erzeugen. Bei Affen fänden sich intensive Entmarkungen, das klinische Syndrom sei dem der Menschen bei akuter MS sehr ähnlich. Mangels genauer Kenntnis des Antigens spricht man von einem "Myelinantigen" oder "encephalitogenen Faktor". Dies müsse kein belebter Erreger sein, auch kleinste Mengen verschiedenartiger unbelebter Substanzen kämen in Frage. Der Vermutung eines spezifischen Erregers wird also die Frage des multigenetischen Charakters der primären Ursache der MS gegenübergestellt. Neben den immunologisch wirksam werdenden pathogenetischen Faktoren seien weitere bestimmend, die unter den Begriffen Konstitution und Disposition summarisch zu erfassen seien. Sonst wäre nicht zu erklären, daß nicht alle Menschen, die den gleichen Bedingungen ausgesetzt seien, erkranken. Es folgt nun ein Überblick über die Therapie der Multiplen Sklerose, anschließend werden Fragen der Begutachtung behandelt:

Zur Erhaltung einer Versorgungsrente genüge nicht der bloße Nachweis eines zeitlichen Zusammenhanges mit dem Wehrdienst, es werde der Nachweis einer außergewöhnlichen Belastungssituation gefordert. Angesichts der enormen Häufigkeit extremer Belastungen und Schädlichkeiten handele es sich nur um bemerkenswert seltene

Fälle von Multipler Sklerose. Die Zahl übersteige nicht die von Friedenszeiten. Das sei nur zu verstehen, wenn man annehme, daß es eine kleine Anzahl prädisponierter Individuen gebe, - im Krieg und Frieden etwa gleichbleibend - denen die Bereitschaft zu einer Entmarkungsencephalitis eigen sei. Die gutachterliche Entscheidung werde folgendermaßen gehandhabt:

1. Bei Fällen, in denen die zeitliche Verknüpfung von außergewöhnlichen Belastungssituationen und dem Auftreten bzw. der Verschlimmerung einer Multiplen Sklerose klar ersichtlich ist, haben die Verfasser den ursächlichen Zusammenhang anerkannt. Wenn die resultierende Erkrankung schubförmig ohne längeres beschwerdefreies Intervall bzw. chronisch - progredient eine kontinuierliche Verschlimmerung aufwies, wurde von ihnen die Wehrdienstbelastung entsprechend der EM in vollem Umfang anerkannt.

2. Bei denjenigen Erkrankungsfällen an MS, die in zeitlich nachweisbarem Zusammenhang mit Wehrdienstbelastungen aufgetreten sind, in denen Reststörungen zurückblieben, die aber mehrjährige, auch nach der Entlassung aus dem Wehrdienst anhaltende Remissionen aufwiesen, wurde seitens der Verfasser bisher derjenige Prozentsatz der Erwerbsminderung

anerkannt, der bei der Entlassung aus dem Wehrdienst bestand.

3. In Fällen, in denen ein Schub der Multiplen Sklerose nur einmalig im zeitlichen Zusammenhang mit besonderen Belastungen während des Wehrdienstes auftrat, völlig abklang, gefolgt von mehrjährigen auch nach der Entlassung anhaltenden, völlig symptomfreien Remissionen mit einer erneuten Erkrankung erst Jahre später, erscheint es den Verfassern schwierig, einen ursächlichen Zusammenhang der späteren Neuerkrankung mit den früheren Belastungen des Wehrdienstes als hinreichend wahrscheinlich anzusehen. Soweit PETTE und BAUER.

Heute wird die Multiple Sklerose als Wehrdienstfolge meist anerkannt, wozu die Handhabung des Härteparagraphen berechtigt. Gemäß § 1, Absatz 3 des BVG kann mit Zustimmung des Bundesministers für Arbeit, Sozialordnung und Gesundheitswesen Versorgung gewährt werden, wenn die zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer Schädigung erforderliche Wahrscheinlichkeit nur deshalb nicht gegeben ist, weil über die Ursache des festgestellten Leidens in der medizinischen Wissenschaft Ungewißheit besteht.

Unter unseren Gutachten für das Versorgungsamt fanden sich zwei, in denen dem Wehrdienst ein auslösender bzw. verschlimmernder Einfluß auf die Multiple Sklerose zugeschrieben wurde. In einem Fall war es zu einer kontinuierlichen Verschlimmerung gekommen, demnach zu einem Ansteigen der MdE. mit der Zeit. In einem anderen Fall wurde nur eine einmalige Verschlimmerung angenommen. Das Leiden war nach dem ersten Schub ziemlich konstant geblieben, ein nächster Schub konnte nicht dem Wehrdienst zur Last gelegt werden. Einmal wurde ein Schockerlebnis als Ursache einer Multiplen Sklerose angeschuldigt, hier wurde ein Zusammenhang abgelehnt.

2. **Bemerkenswerte Einzelfälle.**

2.a. Bei den bemerkenswerten Einzelfällen spielt die Frage nach der Auslösung oder Verschlimmerung einer Krankheit durch einen Unfall eine besondere Rolle:

' Eine Postfacharbeiterin hatte einen Arbeitsunfall mit Distorsion des rechten Fußgelenkes und starker Schwellung des ganzen Fußes und Fußgelenkes. Die Schwellung ging nie ganz zurück, röntgenologisch wurden Veränderungen im Kahnbein nachgewiesen. Da bekannt war, daß die Begutachtete an einer Tabes litt, wurde an die Möglichkeit einer tabischen Arthropathie gedacht. Zur Beurteilung der Zusammenhangsfrage wurde ein Gutachten der hiesigen Klinik angefordert. In diesem wurde folgende Entscheidung getroffen: Durch unsere Untersuchungen konnte

der Verdacht einer tabischen Arthropathie bestätigt werden. Diese Arthropathie wäre bei dem Grundleiden sicher auch ohne den Unfall aufgetreten. Wir waren jedoch der Auffassung, daß der Unfall die klinische Manifestierung und das Fortschreiten der Arthropathie vorübergehend beeinflußt habe und eine wesentliche Teilursache für die ungünstige Entwicklung in den 1 1/2 Jahren nach dem Unfall sei, und wir schlugen deswegen vor, für die Dauer von 1 1/2 Jahren eine unfallbedingte MdE. von 25 % anzunehmen. '

' Ein Landwirt erlitt beim Obstpflücken einen Unfall mit Stauchungsbruch des 8. und 11. Brustwirbels und Commotio cerebri. Bei der Begutachtung in unserer Klinik klagte der Patient über Kopfschmerzen, Ohrensausen, Gangunsicherheit und zeitweilige Lähmungserscheinungen im Bereich der linken Körperhälfte. Es wurde eine Durablutung auf dem Boden einer Pachymeningitis haemorrhagica interna angenommen, welche Diagnose bei der nachfolgenden Operation in hiesiger Neurochirurgischer Klinik bestätigt wurde. In der Beurteilung des Gutachtens wurde angenommen, daß die Durablutung durch den Unfall ausgelöst wurde, der demnach eine wichtige Teilursache der Blutung darstelle, die ohne ihn wohl zu einem erheblich späteren Zeitpunkt aufgetreten wäre.'

2.b. Welche Schwierigkeiten die Begutachtung psychiatrischer Krankheiten machen kann, sollen folgende Beispiele zeigen:

'In 2 Fällen war Antrag auf Rente wegen Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit gestellt und mehrmals abgelehnt worden. Für das Sozialgericht erstellte die hiesige Klinik Gutachten. In jedem der beiden Fälle wurde ein schizophrener Defektzustand festgestellt, der Erwerbsunfähigkeit bedingt, in einem Fall schon seit 6 Jahren. Die Begutachteten hatten immer wieder über multiple körperliche Beschwerden geklagt, für die niemals organische Gründe gefunden worden waren. Sie waren nie nervenärztlicherseits begutachtet worden. '

Ein anderer diagnostisch schwieriger Fall war folgender:
'Ein Arbeiter war 1953 begutachtet worden, damals wurde die Diagnose einer beginnenden Chorea Huntington gestellt und Invalidität angenommen. 1962 wurde nach einer nervenärztlichen Begutachtung in der Annahme einer psychogenen Körperstörung die Rente entzogen und es kam zur Klage vor dem Sozialgericht. In dem Gutachten der hiesigen Klinik wurde ebenfalls das Vorliegen einer Chorea Huntington abgelehnt. Man war der Ansicht, daß es sich bei dem Begutachteten um eine abnorme, körperlich und seelisch wenig belastbare Primärpersönlichkeit handelt, die auch in organischer

Hinsicht degenerative Merkmale aufwies, wie dysplastische Konstitution und eine Spaltbildung des 12. BWK. Auf dem Boden dieser Primärpersönlichkeit habe sich eine ausgeprägte Hypochondrie entwickelt sowie eine ticartige Bewegungsstörung, die als Ausdruck einer abnormen Verhaltensweise aufgefaßt wurde. Im Hinblick auf die körperlichen Degenerationszeichen sei es jedoch durchaus denkbar, daß der Hyperkinese eine organische Störung zu Grunde liege, auf deren Boden sich durch psychogene Mechanismen das heutige groteske Bild entwickelt habe. Der derzeitige Zustand des Herrn K. habe echten Krankheitswert, eine Besserung sei nicht anzunehmen. Es wurde vorgeschlagen, eine Rente wegen Berufsunfähigkeit zu gewähren. '

c. Unter den Gutachten für das Sozialgericht fand sich eines, in dem eine Berufskrankheit diagnostiziert wurde. Die Begutachtung war durchgeführt worden, nachdem das Versorgungsamt Einspruch gegen ein Urteil erhoben hatte, da noch keine nervenärztliche Untersuchung stattgefunden hatte. Bei der Begutachtung in der hiesigen Klinik wurde eine Peroneuslähmung festgestellt, die nicht als DB-Folge sondern als Berufskrankheit erkannt wurde, der Begutachtete ist nämlich Dachdecker. Bei dieser Berufsgruppe, deren Arbeit vorwiegend in knieender Stellung ausgeführt wird, kommen bekanntlich Peroneuslähmungen

häufiger vor. In unserem Falle war in einem früheren Urteil des Versorgungsgerichtes diese Lähmung als Folge eines Oberschenkelschußbruches angesehen worden.

d. Besondere Schwierigkeiten bereiten auch immer wieder Gutachten, die nachträglich über schon Verstorbene erstattet werden sollen.

'Das erste war ein Gutachten für das Landgericht. Es ging um eine Klage gegen eine Versicherung, die sich weigerte, eine Lebensversicherung auszuzahlen. Als Begründung wurde vorgetragen, daß die betreffende Person an einer "Alkoholvergiftung" (Delir) gestorben sei und demnach einen jahrelangen Alkoholmißbrauch betrieben haben müsse. Bei dem Abschluß der Versicherung 2 Jahre vor ihrem Tod habe sie jedoch die Frage nach Alkohol- und Nikotingenuß verneint, die unrichtigen Angaben über eine derartig wichtige Teilursache berechtigten den Leistungsausschluß. Vom Gericht wurde gefragt, ob ein Alkoholdelir auch nach kurzzeitigem Alkoholmißbrauch möglich sei. Zur Beantwortung dieser schwierigen Frage überprüften wir neben den Angaben der Literatur unsere eigenen Beobachtungen beim Alkoholdelir und konnten zusätzlich auch die Fälle der Kölner Universitäts-Nervenklinik auswerten. Dabei ergab sich, daß in Ausnahmefällen auch einmal nach einem weniger als 1 Jahr andauernden Alkoholabusus ein

Alkoholdelir oder eine Alkoholpolyneuritis auftreten können. Da in vorliegendem Falle ein ganz excessiver Mißbrauch vorgelegen hatte, hielten wir es für durchaus möglich und nicht widerlegbar, daß dieser Mißbrauch - entsprechend den Angaben des Klägers - bei seiner Mutter erst nach dem Tode des Vaters, d.h. ca. 4 Monate vor dem Tode der Mutter eingesetzt habe.'

'Beim 2. Fall handelte es sich um eine Begutachtung für das Sozialgericht:
Ein Mann, der wegen Körperschäden, die er sich während der Gefangenschaft im Konzentrationslager Bautzen (1945-1955) zugezogen hatte, eine Rente entsprechend einer MdE. von 50 % bezog, hatte Selbstmord begangen. Das Versorgungsamt lehnte eine Weiterzahlung der Rente an die Hinterbliebenen ab, da der Tod nicht in Zusammenhang mit der DB-Schädigung gestanden habe. Die Ehefrau klagte vor dem Sozialgericht, für das die hiesige Klinik ein Gutachten erstellte, in dem man zu dem Schluß kam, daß der Tote an einem moros-depressiven Verstimmungszustand nach dystrophischer Hirnschädigung gelitten und daß dieser zum Freitod geführt habe. Da es während des KZ-Aufenthaltes zu der dystrophischen Hirnschädigung gekommen sei, könne der ursächliche Zusammenhang zwischen Haft und Selbstmord somit bejaht werden.

## D. PSYCHOGENE REAKTIONEN

Die zuletzt beschriebenen Schwierigkeiten lagen in der besonderen Problematik der einzelnen Krankheitsbilder begründet. Im folgenden Kapitel werden die Schwierigkeiten behandelt, die sich aus dem Wesen der Begutachteten ergeben, es werden die psychogenen Reaktionen besprochen.

In der "Einführung in die Unfall- und Rentenbegutachtung" von M. REICHHARDT werden nach DÖHNER alle diejenigen seelischen Reaktionen auf verschiedenste Anlässe hin als psychogen bezeichnet, die auf diese Anlässe in überwertiger Weise bezogen werden, über längere Zeit anhalten und meist von körperlichen Empfindungen, Gefühlen und Wahrnehmungen, häufig auch von subjektivem Krankheitsgefühl begleitet sind. Nach REICHHARDT erfolgt das Eintreten reaktiv - seelischer Erscheinungen im Sinne der psychogenen Reaktion deshalb, "weil sie (mit mehr oder weniger affektiver Spannung) erwartet (und zwar gefürchtet oder erwünscht ) werden, wobei die Erscheinung nicht unmittelbar willkürlich hervorgerufen zu sein braucht." Der Akzent sei bei dieser Begriffsbestimmung auf den sehr

bewußtseinsnahen und motivbestimmten Wunschcharakter der psychogenen Reaktion gelegt, dabei dürfe aber nicht übersehen werden, daß diese Reaktionen auch nach Unfällen ohne jedes Entschädigungsverfahren aufträten.

Über die Bewertung psychoreaktiver Schäden führten VON BAEYER und WITTER eine lange Diskussion. WITTER legte dar, daß wie im Strafrecht die freie Willensbestimmung der Angelpunkt für die Probleme der Zurechnungsfähigkeit sei, so im bürgerlichen Schadenersatzrecht die Bewertung der Verantwortlichkeit des Neurotikers - die Freiheitsfrage - Angelpunkt für die Beurteilung der Entschädigungsansprüche. Diese werde dadurch zu einer Ermessensentscheidung. Für die Praxis sei nun eine möglichst weitgehende Übereinkunft in dieser Ermessensfrage von größter Wichtigkeit, denn wolle man die Entscheidung im Einzelfalle einfach der Evidenz des einzelnen Gutachters überlassen, so liefe man Gefahr, völlig den Boden für eine einigermaßen gleichartige Beurteilung zu verlieren. In ihren Grundlinien könne eine solche Übereinkunft nur in konventionellen Regeln festgelegt werden so wie auch im Strafrecht die Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit weitestgehend auf konventionelle Regeln gegründet sei. So wie im Straf-

recht die konventionelle Regel nicht immer befriedige und bei entsprechender Evidenz im Einzelfalle eine Ausnahme von der Regel gemacht werde, so sei die "herrschende Lehre" bei der Beurteilung der Entschädigungspflicht von Neurosen eine Konventionelle Regel, mit der man nicht in jedem Einzelfalle auskomme. Einfach gefaßt laute die herrschende Lehre: Neurosen begründen keinen Entschädigungsanspruch. Im Einzelfalle ließen sich Ausnahmen von dieser Regel machen, es sei jedoch seiner Ansicht nach ein Irrtum, daß das von der Regel abgehende Urteil empirisch - wissenschaftlich errechnet und "richtig" oder "falsch" entschieden werden könne, wie v.BAEYER dies versuche. Auch bei sorgfältigster, individualisierender Erwägung könne empirisch nichts über den Freiheitsgrad ausgesagt werden.

Bei vegetativ labilen, psychopathischen Persönlichkeiten und Menschen in schwierigen Lebenssituationen ist häufig mit einer erhöhten Bereitschaft zu psychogenen Reaktionen zu rechnen. Neben mehr oder weniger bewußtseinsnahen psychogenen Reaktionen finden sich noch die Simulation als bewußte Darstellung und Vorspiegelung nicht vorhandener Sachverhalte und die Aggravation als die bewußte Übertreibung von vorhandenen Krankheits-

symptomen oder Verletzungsfolgen. Wir möchten im folgenden den Begriff des Psychogenen sehr weit fassen und einteilen in:

1. Grobe Aggravationen und Simulationen,
2. fraglich bewußtseinsnahe Fälle,
3. Reaktionen mit echtem Krankheitswert, wobei es fließende Übergänge zwischen den einzelnen Formen gibt.

Unter den 4o6 Begutachteten war es in 62 Fällen zu psychogenen Störungen gekommen, das sind 15,3 %. Die 62 Fälle verteilten sich wie folgt auf die einzelnen nach Auftraggebern getrennten Gruppen:

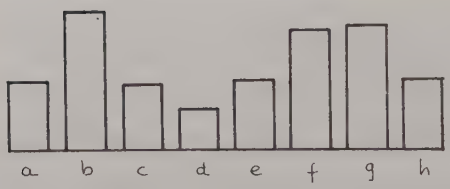



Abbildung 62:

Am häufigsten kamen psychogene Störungen unter den für die Saarknappschaft Begutachteten vor (25 % - Säule b), bei den für das Landgericht angefertigten

Gutachten gab es in 22,2 % der Fälle psychogene Reaktionen (Säule g), bei denen für das Sozialgericht in 21,5 % (Säule f), für die LVA bzw. BfA. in 12,5 % (Säule a), für das Versorgungsamt ebenfalls in 12,5 % (Säule e), für die gesetzliche Unfallversicherung in 11,8 % (Säule c) und für die Individual-Unfallversicherung in 7,5 % (Säule d). Unter den für sonstige Auftraggeber verfertigten Gutachten kam ein Fall einer psychogenen Störung vor = 12,5 % (Säule h). Die Prozentzahlen beziehen sich auf die jeweilige Gesamtzahl der Gutachten für den betreffenden Auftraggeber.

Abbildung 63:

In 37,1 % der 62 Fälle kamen grobe Aggravationen bzw. Simulation vor, letztere 2mal (Abb. 63 - Säule a), in 58,1 % handelte es sich um fraglich bewußtseinsnahe Fälle (Säule b) und in 4,8 % (3 Fälle) um Reaktionen, denen ein echter Krankheitswert zugemessen werden muß (Säule c).

Bei diesen drei zuletzt genannten Fällen lagen im einzelnen folgende Tatbestände vor:
Einmal die Reaktion einer asthenischen Persönlichkeit auf die bewußt erlebte Verminderung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit nach einer Contusio cerebri; einmal die Antwort einer besonders ängstlichen, körperlich behinderten Persönlichkeit auf einen Verkehrsunfall, der zu keiner Schädigung des zentralen Nervensystems geführt hatte. Im 3. Fall war das psychogene Verhalten eine primitive Hilflosigkeitsreaktion eines Patienten mit hirnorganischer Veränderung und Persönlichkeitsabbau.

An psychogenen Störungen wurden geboten:

| | |
|---|---|
| Mangelinnervation: | 2o mal |
| Sensibilitätsstörungen: | 21 mal, davon: |
| Oberflächensensibilität: | 9 mal |
| Tiefensensibilität: | 12 mal |
| Koordinationsstörungen: | 15 mal |
| Gangstörungen: | 11 mal |
| Pseudodemenz und infantilistische Verhaltensweisen: | 9 mal |
| Hyperkinesien (Tremor): | 9 mal |
| Anfallszustände: | 3 mal |
| Stottern: | 1 mal |
| lautes Aufstoßen vorher willkürlich geschluckter Luft: | 1 mal |

21mal wurden die Beschwerden äußerst klagsam und weinerlich vorgetragen.

Die Symptomatologie psychogener Reaktionen hat sich im Vergleich zu früher gewandelt, man sieht nur noch selten massive psychogene Reaktionen nach Art der Schüttelzitterer des 1. Weltkrieges. Es kommt meist zu einer Kombination verschiedener Fehlleistungen bei der neurologischen Untersuchung.

. ZUSAMMENFASSENDER ÜBERBLICK ÜBER DIE NERVENLEIDEN BZW. VERLETZUNGEN AUF NEUROLOGISCH-PSYCHIATRISCHEM GEBIET, DIE ZU EINER ERWERBSMINDERUNG FÜHRTEN:

1. Nervenleiden, die zu einer Einschränkung der Berufs- bzw. Erwerbsfähigkeit führten:

Abbildung 64:

Bei 6o,4 % der für die LVA bzw. BfA, die Saarknappschaft und Bundesbahnversicherungsanstalt begutachteten Personen wurde eine Erwerbsminderung wegen Nervenleiden angenommen (Säule a), bei 1o,4 % lagen erwerbsmindernde Erkrankungen auf anderen Fachgebieten vor (Säule b). In 29,2 % der Fälle wurden entweder keine Krankheiten gefunden oder die vorliegenden Leiden waren nicht derart, daß sie eine Einschränkung der Erwerbsfähigkeit verursachten (Säule c).

Die Leiden auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet führten in 43,1 % der Fälle zu Erwerbsunfähigkeit, in 24,1 % zu Berufsunfähigkeit und in 32,8 % zu verminderter Berufsfähigkeit.

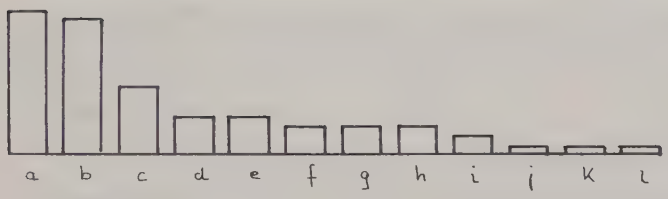



Abbildung 65:

An erster Stelle der erwerbsmindernden Erkrankungen fanden sich die cerebralen Gefäßprozesse mit 25,9 % (Säule a), was wohl nicht weiter überrascht. Sie führten in 57,1 % der Fälle zu Erwerbsunfähigkeit, in 14,3 % zu Berufsunfähigkeit und in 28,6 % zu verminderter Berufsfähigkeit. Danach kamen in ganz geringem Abstand die Folgezustände nach Hirnverletzungen mit 24,1 % (Säule b), die in 35,7 % Erwerbsunfähigkeit, in 21,4 % Berufsunfähigkeit und in 42,9 % verminderte Berufsfähigkeit bedingten. Es folgten Anfallsleiden mit 12,1 % (Säule c). Diese führten in 14,3 % zu Erwerbsunfähigkeit, in 42,9 % zu Berufs-

unfähigkeit und in 42,9 % zu verminderter Berufsfähigkeit. In 6,9 % wurde die Diagnose Schizophrenie gestellt (Säule d), die in jedem Fall zu Erwerbsunfähigkeit führte. Ebenso häufig waren Erkrankungen des peripheren Nervensystems (Säule e), wobei in 25 % Berufsunfähigkeit und in 75 % verminderte Berufsfähigkeit angenommen wurde. Eine überraschend geringe Rolle spielten die Fälle von Multipler Sklerose mit 5,2 % (Säule f), die in 33,3 % zu Erwerbsunfähigkeit, in 33,3 % zu Berufsunfähigkeit und in 33,3 % zu verminderter Berufsfähigkeit führten. Die gleiche Prozentzahl wurde für die Erkrankungen des Rückenmarks gefunden (Säule g), die in 66,7 % Erwerbsunfähigkeit und in 33,3 % Berufsunfähigkeit bedingten. Ebenfalls in 5,2 % fanden sich hirnorganische Veränderungen, deren Ursache nicht sicher abgegrenzt werden konnte (Säule h). In jedem dieser Fälle fand sich nämlich in der Anamnese eine Hirnverletzung, die als Ursache der Beschwerden in Frage kommen könnte, andererseits könnten die Ausfallserscheinungen jedoch ebenso gut durch einen cerebralen Gefäßprozess bedingt sein. Es wurden in 33,3 % Erwerbsunfähigkeit, in 33,3 % Berufsunfähigkeit und in 33,3 % verminderte Berufsfähigkeit angenommen. In 3,4 % konnte überhaupt nicht geklärt werden, was die Ursache von mit Sicherheit bestehenden Hirnschädigungen war (Säule i), in jedem dieser Fälle wurde Erwerbsunfähigkeit angenommen. Einmal

wurde ein Zustand nach Subarachnoidalblutung diagnostiziert (1,7 % - Säule j), der Berufsunfähigkeit bedingte, einmal ein rindenatrophischer Prozeß (Säule k), der zu Erwerbsunfähigkeit führte und einmal eine Oligophrenie (Säule l), die zu verminderter Berufsfähigkeit führte.

Alter, in dem die Nervenleiden zu Erwerbsminderung führen:

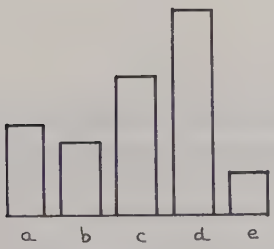



Abbildung 66:

Die meisten der genannten Nervenleiden (36,8 %) führten im Alter von 51-60 Jahren zu Erwerbsminderung (Säule d) und zwar in 52 % zu Erwerbsunfähigkeit, in 28 % zu Berufsunfähigkeit und in 2o % zu verminderter Berufsfähigkeit. Es folgen dann die 41-5Ojährigen mit 25 % (Säule c). In diesen Fällen wurde in 29,4 % Erwerbsunfähigkeit, in 29,4 % Berufsunfähigkeit und in 41,2 % verminderte Berufsfähigkeit angenommen. Mit 16,2 % waren recht viele Personen unter 3o Jahren vertreten

(Säule a), bei denen Nervenleiden jedoch nur in je 18,2 % zu Erwerbsunfähigkeit bzw. Berufsunfähigkeit führten und in 63,6 % nur zu verminderter Berufsfähigkeit. Die 31-40jährigen waren mit 13,2 % betroffen (Säule b), hier wurden in 44,4 % Erwerbsunfähigkeit, in 33,3 % Berufsunfähigkeit und in 22,2 % verminderte Berufsfähigkeit angenommen. Zuletzt fanden sich naturgemäß die Personen im Alter von 60 - 65 Jahren mit 8,8 % (Säule e). Sie wurden in 66,7 % als erwerbsunfähig und in 33,3 % als vermindert berufsfähig angesehen.

2. Verletzungen bzw. Erkrankungen durch Unfälle bei der Arbeit oder im Verkehr und durch Verletzungen im Dienste der Wehrmacht.

In 66,4 % der Begutachtungen für die Unfallversicherungsträger, (sozial und privat) und die Versorgungsämter wurden Verletzungen bzw. Erkrankungen auf nervenärztlichem Gebiet diagnostiziert, die zu dauernder oder vorübergehender Erwerbsminderung führten, in 4,7 % lagen erwerbsmindernde Folgen auf anderen Fachgebieten vor.

Verletzungen auf nervenärztlichem Gebiet:

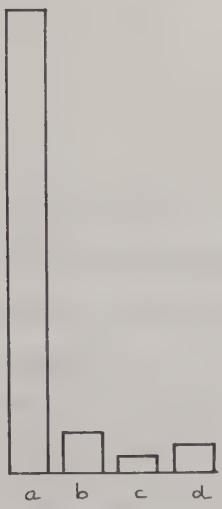



Abbildung 67:

Mit 83,1 % standen die Hirnverletzungen (Säule a) im Vordergrund. 85,6 % davon waren geschlossene Hirnverletzungen, die in 52,5 % einen Dauerschaden bedingen, wogegen in 43,6 % noch eine weitgehende Remission zu erwarten war. In 3,9 % der Fälle konnte noch nicht mit Sicherheit ausgesagt werden, ob es bei dem Unfall zu einer Contusion oder nur zu einer Commotio gekommen war, die Frage des Dauerschadens konnte also noch nicht geklärt werden. 8,5 % der Hirnverletzungen waren offen. Sie fanden sich alle bis auf einen Fall unter den Begutachteten für das

Versorgungsamt. In 5,9 % ging es nicht mit Klarheit aus den Angaben in den Gutachten hervor, ob es seinerzeit (während des Krieges) zu einer offenen oder geschlossenen Hirnverletzung gekommen war. Es folgten an zweiter Stelle die Verletzungen des peripheren Nervensystems mit 7,7 % (Säule b), die zu dauernden Schädigungen führten. Sie fanden sich bis auf einen Fall unter den Begutachteten für die Berufsgenossenschaften. Weniger häufig waren Verletzungen des Rückenmarks mit 3,5 % (Säule c), die ebenfalls zu Dauerschäden führten. Die restlichen 5,7 % betrafen sonstige Unfall- und Kriegsfolgen auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet, wobei es sich in allen diesen Fällen wiederum um Dauerschäden handelt (Säule d).

Ausmaß der Erwerbsminderung:

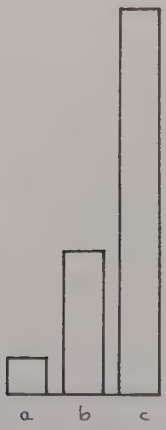



Abbildung 68:

In 6,6 % führten die aufgezählten Verletzungen bzw. Erkrankungen zu einer Erwerbsminderung von 1oo % (Abb. 68 - Säule a), in 25,2 % wurde eine MdE. von über 5o - 9o % angenommen (Säule b) und in 68,2 % eine solche von unter 5o % (Säule c). Bei den Begutachtungen für die Versorgungsämter wurden in der Mehrzahl der Fälle Rentensätze von über 5o % angenommen (62,2 %) gemäß den schweren Verletzungen während des Krieges. Bei den Begutachtungen für die Gesetzliche und Private Unfallversicherung wurden zumeist Rentensätze unterhalb 5o % vorgeschlagen (81,1 %).

Alter, in dem die erwähnten Verletzungen und Erkrankungen zu Erwerbsminderung führten:

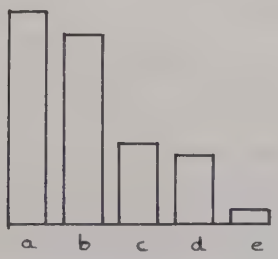



Abbildung 69:

In 37,9 % der Fälle waren die Betroffenen weniger als

3o Jahre alt (Säule a), in 34 % im Alter von 31-40 Jahren (Säule b), in 14,6 % zwischen 41 und 50 Jahren (Säule c), in 12,6 % zwischen 51 und 6o Jahren (Säule d) in 2,9 % über 6o Jahre (Säule e). Die Gruppe der Personen unter 3o Jahren ist so stark, da viele der für das Versorgungsamt Begutachteten zum Zeitpunkt des erwerbsmindernden Ereignisses noch sehr jung waren.

## F. DISKUSSION

Aufgrund des Vorherstehenden können folgende Schlußfolgerungen gezogen werden:

### 1. Diagnosen:

a. Zu Erwerbsminderung in der Rentenversicherung führen in erster Linie folgende neurologisch-psychiatrische Krankheitsbilder:
Cerebrale Gefäßprozesse und Folgezustände nach Hirnverletzungen. Eine etwas kleinere Rolle spielen Anfallsleiden, die ihrerseits häufiger Ursache der Erwerbsminderung sind als die Schizophrenie oder Erkrankungen des peripheren Nervensystems. Überraschend wenige Fälle von Multipler Sklerose kommen hier als erwerbsmindernd vor, sie entsprechen in der Häufigkeit etwa den Erkrankungen des Rückenmarks. Gar nicht in Erscheinung treten zumindest in dem erwählten Jahr luetische Erkrankungen wie die Tabes oder die Progressive Paralyse bis auf den Fall der Postfacharbeiterin mit der tabischen Arthropathie. Es handelte sich hierbei jedoch nicht um ein Gutachten für die Rentenversicherung sondern für die Unfallversicherung mit der Fragestellung nach einem eventuellen Zusammenhang mit einem Unfall. Das Verschwinden der letztgenannten Krankheiten ist dadurch

verursacht, daß infolge rascher Therapie bei der Lues Spätfolgen heute selten sind und daß diese selbst auch oft therapeutisch so gut beeinflußt werden können, daß ein großer Teil der Erwerbsfähigkeit erhalten bleibt.

b. Von den Unfällen im Straßenverkehr und auf dem Arbeitsplatz und den Verletzungen während des Wehrdienstes führen in erster Linie diejenigen zu einer dauernden Erwerbsminderung, die mit einer Substanzschädigung des Gehirns einhergehen. Unter den wegen Arbeitsunfällen begutachteten und berenteten Personen finden sich bemerkenswert viele aus jüngeren Jahrgängen. Dies mag daran liegen, daß schon viele der älteren Arbeiter aus dem Arbeitsprozeß ausgeschieden sind oder nicht mehr an gefährlichen Stellen eingesetzt werden. Außerdem spielen bei den jüngeren sicher Leichtsinn, Unachtsamkeit und mangelnde Erfahrung eine Rolle.

c. Die erwähnten Leiden auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet führen durchschnittlich im Alter von 50 - 60 Jahren zu Erwerbsminderung. Es gibt jedoch einige Krankheitsbilder, die sich besonders frühzeitig erwerbsmindernd auswirken. Dies sind die Anfallsleiden, die

Multiple Sklerose und die Schizophrenie, die die Betroffenen zwingen, schon mehr oder weniger lange vor Erreichen des 40. Lebensjahres aus dem Arbeitsprozeß auszuscheiden.

2. Berechtigung der Ansprüche:

a. Insgesamt waren 7o,4 % der Erstansprüche bzw. Anträge auf Weiterbewilligung einer schon gewährten Rente nach unserem Untersuchungsergebnis vollständig oder zumindest teilweise berechtigt. Innerhalb der einzelnen Versicherungszweige finden sich natürlich von diesem Wert leicht abweichende Zahlen:

| Versicherungszweig: | Zahl der u.E. berechtigten Ansprüche in % |
|---|---|
| Rentenversicherung der Arbeiter u. Angestellten | 77,3 |
| Saarknappschaft: | 65,4 |
| Gesetzliche Unfallversicherung: | 7o,9 |
| Private Unfallversicherung: | 72,5 |
| Versorgungsamt: | 7o,3 |
| Sonstiges: | 5o,o |

b. Betrachtet man dagegen die Gutachten, die nach Einsprüchen bzw. Berufungen und Revisionen angefertigt wurden, so erhält man ein ganz anderes Ergebnis, die Zahl der berechtigten Ansprüche ist hier viel geringer. Bei den Begutachtungen für das Sozialgericht z.B. waren in den Fällen, in denen die Berufung bzw. Revision vom Begutachteten ausging, die Ansprüche nur in 32,9 % berechtigt. Die Berufungen der Behörden - es handelte sich dabei aber nur um 3 Fälle - wurden in dem betreffenden Jahr alle befürwortet, in anderen Jahren wurden aber auch solche als unberechtigt angesehen.

Von den Berufungen vor dem Landgericht waren 33,3 % berechtigt, sie gingen alle von den Begutachteten selbst aus.
Unter den Begutachtungen für die gesetzliche Unfallversicherung fanden sich nur 2 Fälle, in denen ein Widerspruch gegen eine früher gefällte Entscheidung vorausgegangen war. Einmal wurde diesem stattgegeben, einmal wurde er zurückgewiesen.
Unter den Gutachten für die Versorgungsämter waren 14,1 % durch Widersprüche der Versicherten veranlaßt. Diese waren in 2o % = 2 Fällen berechtigt, in einem Fall wurde es der Behörde überlassen, ob eventuell

der Härteparagraph angewandt werden sollte. Dieser Patient hatte 1944 eine Grippe durchgemacht, die von uns als Ursache des jetzt bestehenden Parkinson-Syndroms nicht ausreichend wahrscheinlich gemacht, aber auch nicht widerlegt werden konnte.

3. Überprüfung vorhergehender Urteile:

Hierbei wollen wir unterscheiden, von wem die Vorentscheidungen stammen. Beim Vergleich mit Beurteilungen von Nichtfachärzten ergibt sich in 57,2 % der Fälle eine Übereinstimmung, mit Fachärzten in 69,1 % und mit früheren Gerichtsurteilen in 77,8 %. Hier finden wir also den höchsten Grad der Übereinstimmung, den geringsten beim Vergleich mit der Auffassung von Nichtfachärzten. Dies ist verständlich, da bei diesen keine auch für schwierige Entscheidungen ausreichenden Kenntnisse der Neurologie und Psychiatrie vorausgesetzt werden können.

4. Aufwendung für die Gutachten:

Nicht alle Gutachten können aufgrund einer ambulanten Untersuchung erstellt werden, in vielen Fällen ist eine mehrtägige stationäre Begutachtung notwendig. So müssen

manche psychiatrisch Kranke längere Zeit beobachtet werden, bis eine Diagnose gestellt werden kann. Wenn in der Anamnese unklare Anfallszustände angegeben werden, kann es einmal notwendig sein, den Betreffenden stationär aufzunehmen, um eventuell selbst einen Anfall mitzuerleben und dessen Charakter zu erkennen. Ferner sind nicht selten neben den Untersuchungen wie EEG oder Röntgenleeraufnahmen solche aufwendigerer Natur notwendig, wie Angiographien oder Pneumencephalographien, die nicht ambulant durchgeführt werden können. Unter unseren 406 ausgewerteten Gutachten finden sich z.B. 68 stationäre.

5. Wirtschaftliche Bedeutung:

Obwohl die Gutachten nur Sachverständigenaussagen sind und die Auftraggeber sich nicht unbedingt an die Vorschläge zu halten brauchen, die darin gemacht werden, kann doch wohl gesagt werden, daß die Gutachter mehr oder weniger über Ausgabe oder Ersparnis großer Summen mitentscheiden. Wenn wir z.B. annehmen, daß einem Begutachteten im Alter von 53 Jahren die

Rente wegen Erwerbsunfähigkeit zugesprochen wird und er monatlich eine Summe von 35o,-DM erhält, so muß der Staat bis zum Zeitpunkt, da er diese Rente normalerweise erhalten würde, DM 5o.4oo,- für ihn ausgeben.

Wollte man herausfinden, wieviele Rentenempfänger es unterhalb der gesetzlichen Altersgrenze gibt und welche Summen insgesamt für diese ausgegeben werden, müßte man natürlich die Entscheidungen der einzelnen Behörden und Gerichte auswerten, die - wie schon öfter erwähnt - von denen der Gutachter abweichen können.

## G. ZUSAMMENFASSUNG

Es wurden 406 Gutachten, die im Auftrag von Behörden, Versicherungsträgern und Gerichten erstattet wurden, ausgewertet.

1. Zu Erwerbsminderung auf dem neurologisch-psychiatrischen Fachgebiet führen in erster Linie cerebrale Gefäßprozesse, Folgen nach Hirnverletzungen und Anfallsleiden, und zwar vorwiegend im Alter von 50 - 60 Jahren.

2. 70,4 % der Erstansprüche bzw. Anträge auf Weiterbewilligung einer schon gewährten Rente und 33,1 % der Einsprüche, bzw. Berufungen und Revisionen waren nach unseren Untersuchungsergebnissen berechtigt.

3. In 68 % der Fälle stimmte die jetzige Begutachtung mit früheren Urteilen überein.

4. Besondere Schwierigkeiten bei der Begutachtung machen Krankheitsbilder, bei denen die Bedeutung äußerer Faktoren unklar ist, z.B. die Multiple Sklerose und Bandscheibenschädigungen, die Beurteilung mancher

psychiatrischer Krankheitsbilder und solche Fälle, bei denen Gutachten über schon Verstorbene erstattet werden sollen.

5. In 15,3 % der untersuchten Fälle kamen psychogene Reaktionen vor. Dabei handelte es sich selten um die Produktion massiver Störungen, meist kam es zu einer Kombination verschiedener Fehlleistungen bei der neurologischen Untersuchung.

## H. LITERATURVERZEICHNIS


1. ALSEN, V.: Krankheitsbegriff und Aetiologie der Multiplen Sklerose. Münch.Med.Wschr. 6, 2oo-224 (1958)

2. DÖHNER, W.: zit. nach M. REICHHARDT

3. JOCHHEIM, K.-A., F. LOEW und A. RÜTT: Der lumbale Bandscheibenvorfall. Springer-Verlag, Berlin, Göttingen, Heidelberg 1961

4. LINIGER, H. u. G. MOLINEUS: Der Unfallmann. Verlag J.A. Barth, München 1964

5. PETTE, E., H. PETTE und H. BAUER: Zur Aetiologie und Pathogenese der Multiplen Sklerose. Dtsch.Med.Wschr. 46, 2o61 - 2o66 und 2115 - 2119 (1959)

6. REICHHARDT, M.: Einführung in die Unfall- und Rentenbegutachtung. G.Fischer-Verlag, Stuttgart 1958

7. UHLEMANN, H.-J.: Zur versicherungsrechtlichen Beurteilung der Multiplen Sklerose. Nervenarzt 24, 118-123 (1953)

8. WITTER, H.: Determinationsstruktur und Freiheitsgrad bei der rechtlichen Beurteilung von Neurosen. Nervenarzt 3o, 221-224 (1959)

LEBENSLAUF

Am 11. Februar 1941 wurde ich, Ursula Thewalt, in Neufechingen/Saar, als Tochter des Steuerberaters Richard Thewalt und seiner Ehefrau Mathilde, geb. Haag geboren.

Nach dem Besuch der kath. Volksschule in Völklingen von 1947 - 1951 war ich Schülerin des Städt. Mädchenrealgymnasiums Saarbrücken und legte im Frühjahr 196o die Reifeprüfung ab.

Im Sommersemester 196o begann ich mit dem Medizinstudium an der Universität des Saarlandes. Im Mai 1961 bestand ich die naturwissenschaftliche und im Oktober 1962 die ärztliche Vorprüfung. Im Sommersemester 1963 und Wintersemester 1963/64 studierte ich in Berlin, danach wieder an der Universität des Saarlandes, wo ich im Winter 1965 das medizinische Staatsexamen bestand.

Während der Medizinalassistentenzeit vom 1.Febr.1966 bis 31. Jan. 1968 arbeitete ich an den Universitätskliniken Homburg/Saar, und zwar 4 Monate an der Chirurgischen, 8 Monate an der I. Medizinischen, 4 Monate an der Frauen- und 8 Monate an der Nervenklinik. Im Februar 1968 erhielt ich die Approbation als Ärztin, ich bin seither als Assistentin an der Universitäts-Nervenklinik Homburg/Saar angestellt.

An dieser Stelle möchte ich Herrn Professor Dr.med. G. WOLF meinen herzlichsten Dank sagen für die Überlassung des Themas und die freundliche Beratung und Unterstützung bei der Ausarbeitung und Abfassung der Arbeit.

ROTAPRINT-
OFFSET-
DRUCKEREI

Klein

6602 DUDWEILER
Scheidter Straße 26
Tel. Sulzbach 7 32 84

IHR LIEFERANT FÜR DRUCKSACHEN ALLER ART